

Κάκια Νικολάου
Κώστας Κοκκώλης
Χρύσα Μπότση

ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ

Ιατρικής
Αντιμετώπισης
Επειγουσών
Καταστάσεων
Σχετιζομένων
με Χρήση

Ψυχοδραστικών
Ουσιών

Κατευθυντήριες οδηγίες
για την παροχή φροντίδας
σε διάφορες θεραπευτικές
συνθήκες



ΕΘΝΙΚΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ

Ιατρικής Αντιμετώπισης Επειγουσών Καταστάσεων Σχετιζομένων με Χρήση Ψυχοδραστικών Ουσιών

*Κατευθυντήριες οδηγίες για την παροχή φροντίδας
σε διάφορες θεραπευτικές συνθήκες*

Κάκια Νικολάου
Κώστας Κοκκώλης
Χρύσα Μπότση



ΕΘΝΙΚΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

**ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ Ιατρικής Αντιμετώπισης Επειγουσών Καταστάσεων
Σχετιζομένων με Χρήση Ψυχοδραστικών Ουσιών**

*Κατευθυντήριες οδηγίες για την παροχή φροντίδας
σε διάφορες θεραπευτικές συνθήκες*

Κάκια Νικολάου | Κώστας Κοκκώλης | Χρύσα Μπότση

Υπό την Αιγίδα του



**ΕΘΝΙΚΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ**

ΑΘΗΝΑ 2022

Κάκια Νικολάου

Ψυχίατρος, MSc, PhD, πρώην Διευθύντρια ΕΣΥ, πρώην Επιστημονικά Υπεύθυνη Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων ΙΑΝΟΣ, πρώην Προϊσταμένη Τομέα Εξαρτήσεων, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Κώστας Κοκκώλης

Ψυχίατρος, MSc Εξαρτησιολόγος, πρώην Αναπληρωτής Διευθυντής Εφαρμογής Προγραμμάτων Ο.ΚΑ.ΝΑ., Ιατρός Δομών Άμεσης Πρόσβασης Ο.ΚΑ.ΝΑ. της Αθήνας, Αναπληρωτής Υπεύθυνος Μ.Ο.Θ.Ε. Ο.ΚΑ.ΝΑ. Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Χρύσα Μπότση

Πνευμονολόγος - Φυματιολόγος, MSc, Επιμελήτρια Α ΕΣΥ, Μονάδα Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματολογικών και Αφροδισίων Νοσημάτων, Ν.Α. «Α. Συγγρός»



Η Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών το 1948 αποτελεί ένα τεράστιο βήμα στο διεθνή πολιτισμό και κατοχυρώνει το δικαίωμα πρόσβασης του κάθε ανθρώπου σε υπηρεσίες υγείας [1]. Η Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων Ασθενών αναγνωρίζει το δικαίωμα της πρόσβασης όλων των ανθρώπων στις υπηρεσίες υγείας που αντιστοιχούν στις ανάγκες τους. Η αντιμετώπιση της πανδημίας επέτεινε προϋπάρχοντα κοινωνικά προβλήματα όπως την πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας ασθενών που κάνουν χρήση ουσιών [2, 3].

Το στίγμα αποτελεί ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο που περιγράφεται σε τρία αλληλοεπηρεαζόμενα επίπεδα [4]: α) στο συστημικό επίπεδο το οποίο αφορά εκείνες τις πολιτικές και στρατηγικές αποφάσεις ή ρυθμίσεις οι οποίες παραβιάζουν τα παραπάνω ανθρώπινα δικαιώματα, β) στο κοινωνικό επίπεδο το οποίο περιλαμβάνει τις αντιλήψεις, προκαταλήψεις της ευρύτερης κοινωνίας και γ) στο αυτο-στίγμα το οποίο αναφέρεται στην εσωτερίκευση αρνητικών στερεοτύπων από τον άνθρωπο που αντιμετωπίζει το στίγμα.

Το στίγμα οδηγεί στην περιθωριοποίηση ευάλωτων ομάδων πληθυσμού ή ατόμων, με αρνητικά αποτελέσματα σε ατομικό, κοινωνικό και ευρύτερο πολιτισμικό επίπεδο. Οι άνθρωποι που κάνουν χρήση ουσιών αποτελούν μία από αυτές τις πληθυσμιακές ομάδες [4]. Η έλλειψη εκπαίδευσης και εμπειρίας στη διαχείριση ασθενών που κάνουν χρήση ουσιών συντελεί στην ανάπτυξη και επικράτηση και των τριών επιπέδων του στίγματος.

Η γνώση ελευθερώνει τον άνθρωπο από τις προκαταλήψεις, οι οποίες συνδέονται άμεσα με την διατήρηση του στίγματος. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, συναδέλφων ιατρών, νοσηλευτών και άλλων ειδικοτήτων, στα βασικά σημεία συμπεριφοράς αλλά και στην απόκτηση δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση επειγόντων συμβαμάτων σχετικών με την ουσιοεξάρτηση, θεωρούμε ότι θα συμβάλει τόσο στην άρση φραγμών στην πρόσβαση όσο και στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Το εγχειρίδιο αυτό φιλοδοξούμε να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο εκπαίδευσης και κλινικής πράξης. Είναι δε μία από τις πρωτοβουλίες του Εθνικού Συντονιστή για τα Ναρκωτικά και των συνεργατών του στον αγώνα ενάντια στο στίγμα.

Δρ Χρήστος Κουιμτσίδης

MBBS, FRCPsych, CCST, MSc, PhD

Εθνικός Συντονιστής για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών

1. International guidelines on human rights and drug policy, 2019 (United Nations, including UNAIDS, UNDP, WHO).
2. World Drug Report 2021 (United Nations publication, Sales No. E.21.XI.8).
3. Dannatt L, et al 2021. The Impact of Stigma on Treatment Services for People with Substance Use Disorders During the COVID-19 Pandemic—Perspectives of NECPAM Members. *Front. Psychiatry* 12:634515. doi: 10.3389/fpsyt.2021.634515.
4. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2016. Ending Discrimination Against People with Mental and Substance Use Disorders: The Evidence for Stigma Change. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/23442>

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	05
1. Η ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	09
2. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΧΡΗΣΤΩΝ	11
3. ΣΤΕΡΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ	13
3.1. Γενικές αρχές αντιμετώπισης στερητικού συνδρόμου	13
3.2. Διάγνωση και αντιμετώπιση στερητικού συνδρόμου από οπιοειδή	16
3.2.1. Σημεία και συμπτώματα στερητικού συνδρόμου από οπιοειδή	16
3.2.2. Αντιμετώπιση στερητικού συνδρόμου από οπιοειδή	17
3.2.2.1. Συμπτωματική ανακούφιση του στερητικού συνδρόμου	17
3.2.2.2. Αγωνιστές Οπιοειδών	17
3.2.2.2.1. Βουπρενορφίνη	17
3.2.2.2.2. Κωδεΐνη, Τραμαδόλη	18
3.2.2.3. Κλονιδίνη	20
3.3. Διάγνωση και αντιμετώπιση στερητικού συνδρόμου από αλκοόλ, βενζοδιαζεπίνες, βαρβιτουρικά ή άλλες κατασταλτικές ουσίες	20
3.3.1. Σημεία και συμπτώματα στερητικού συνδρόμου από αλκοόλ και βενζοδιαζεπίνες ή βαρβιτουρικά	20
3.3.2. Αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου από αλκοόλ, βενζοδιαζεπίνες ή βαρβιτουρικά	22
3.3.2.1. Αν ο ασθενής είναι εξαρτημένος από βενζοδιαζεπίνες ή βαρβιτουρικά μεγάλου χρόνου ημιζωής ή κλομεθιαζόλη	22
3.3.2.2. Αν ο ασθενής είναι εξαρτημένος από βενζοδιαζεπίνες ή βαρβιτουρικά, ή υπναγωγά της ομάδας Z με μικρό χρόνο ημιζωής	22
3.3.2.3. Αν ο ασθενής είναι εξαρτημένος από νέες, συνθετικές βενζοδιαζεπίνες	23
3.3.2.4. Αν ο ασθενής είναι εξαρτημένος από αλκοόλ	23
3.3.2.5. Αν ο ασθενής είναι εξαρτημένος από γ-υδροξυβουτυρικό οξύ (GHB)	24
3.4. Αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου σε εγκύους, επίτοκους, λεχωίδες και θηλάζουσες χρήστριες ψυχοδραστικών ουσιών	24
3.4.1. Κύηση	25
3.4.1.1. Έγκυες χρήστριες οπιοειδών	25
3.4.1.2. Έγκυες χρήστριες βενζοδιαζεπινών και φαρμάκων ομάδας Z	26
3.4.1.3. Έγκυες χρήστριες αλκοόλ	27
3.4.1.4. Έγκυες χρήστριες κοκαΐνης, αμφεταμινών, καθινονών, ψευδαισθησιογόνων και άλλων διεγερτικών	27

3.4.2.	Τοκετός	28
3.4.2.1.	Επίτοκοι χρήστριες οπιοειδών	28
3.4.2.2.	Επίτοκοι χρήστριες βενζοδιαζεπινών και ομάδας Z	29
3.4.2.3.	Επίτοκοι χρήστριες αλκοόλ	29
3.4.2.4.	Επίτοκοι χρήστριες κοκαΐνης, αμφεταμινών, καθινονών, ψευδαισθησιογόνων και άλλων διεγερτικών	29
3.4.3.	Πρώιμη λοχεία-Λοχεία	31
3.4.3.1.	Λεχωίδες χρήστριες οπιοειδών	31
3.4.3.2.	Λεχωίδες χρήστριες βενζοδιαζεπινών, ομάδας Z, αλκοόλ	32
3.4.4.	Θηλασμός	32
3.4.4.1.	Θηλάζουσες χρήστριες οπιοειδών	32
3.4.4.2.	Θηλάζουσες χρήστριες βενζοδιαζεπινών, ομάδας Z, αλκοόλ	33
4.	ΤΟΞΙΚΩΣΗ, ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑ	35
4.1.	Γενικές αρχές διάγνωσης και αντιμετώπισης υπερδοσολογίας	35
4.2.	Διάγνωση και αντιμετώπιση υπερδοσολογίας από οπιοειδή	40
4.2.1.	Αίτια υπερβολικής δόσης από οπιοειδή	40
4.2.2.	Σημεία και συμπτώματα υπερβολικής δόσης από οπιοειδή	41
4.2.3.	Αντιμετώπιση υπερδοσολογίας από οπιοειδή	42
4.3.	Διάγνωση και αντιμετώπιση υπερδοσολογίας από βενζοδιαζεπίνες και άλλες GABA-εργικές, κατασταλτικές ουσίες	44
4.3.1.	Σημεία και συμπτώματα υπερδοσολογίας από βενζοδιαζεπίνες	44
4.3.2.	Αντιμετώπιση υπερδοσολογίας από βενζοδιαζεπίνες	45
4.4.	Διάγνωση και αντιμετώπιση οξείας τοξίκωσης και υπερδοσολογίας από αιθανόλη (αλκοόλ)	46
4.5.	Διάγνωση και αντιμετώπιση οξείας τοξίκωσης και υπερδοσολογίας από κοκαΐνη, αμφεταμίνες, καθινόνες, ψευδαισθησιογόνα ή άλλα διεγερτικά	48
4.5.1.	Διάγνωση τοξίκωσης και υπερδοσολογίας από κοκαΐνη, αμφεταμίνες, καθινόνες, ψευδαισθησιογόνα ή άλλα διεγερτικά	49
4.5.2.	Αντιμετώπιση οξείας τοξίκωσης και υπερδοσολογίας από κοκαΐνη, αμφεταμίνες, καθινόνες, ψευδαισθησιογόνα ή άλλα διεγερτικά	51
4.5.3.	Ιδιαιτερότητες αντιμετώπισης οξείας τοξίκωσης από ψευδαισθησιογόνα	55
4.5.4.	Ιδιαιτερότητες αντιμετώπισης οξείας τοξίκωσης και υπερδοσολογίας από αντιχολινεργικά	56
4.6.	Διάγνωση και αντιμετώπιση οξείας τοξίκωσης από κανναβινοειδή	56
4.7.	Αντιμετώπιση υπερδοσολογίας σε εγκύους χρήστριες	57
5.	ΑΛΛΕΣ ΣΟΒΑΡΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΧΡΗΣΤΕΣ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	59
5.1.	Ψυχιατρικές διαταραχές	59
5.1.1.	Ψυχωτικές εκδηλώσεις, επαγόμενες από χρήση ψυχοδραστικών ουσιών	59
5.1.2.	Διπλή Διάγνωση	61
5.2.	Χειρουργική επέμβαση	61
5.3.	Ασθενείς με οξύ ή χρόνια άλγος, εξαρτημένοι από οπιοειδή	62

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΣΤΟΧΟΙ ΑΠΟΤΟΞΙΝΩΣΗΣ.....	15
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΟΞΙΝΩΣΗ.....	16
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΕΡΗΣΗΣ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ.....	16
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟ ΣΧΗΜΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΑΠΟΤΟΞΙΝΩΣΗΣ ΜΕ ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗ.....	18
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΙΣΟΔΥΝΑΜΙΑ ΙΣΧΥΟΣ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ.....	19
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΕΙΔΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΕΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ, ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΩΝ ΒΑΡΒΙΤΟΥΡΙΚΩΝ.....	21
ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΕΙΔΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΕΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ: ΤΡΟΜΩΔΕΣ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ.....	21
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΙΣΟΔΥΝΑΜΙΑ ΙΣΧΥΟΣ ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΩΝ.....	24
ΠΙΝΑΚΑΣ 9: ΣΥΧΝΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....	35
ΠΙΝΑΚΑΣ 10: ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΑΙΤΙΑ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗΣ ΔΟΣΗΣ ΑΠΟ ΟΠΙΟΕΙΔΗ.....	40
ΠΙΝΑΚΑΣ 11: ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΟΠΙΟΕΙΔΗ.....	41
ΠΙΝΑΚΑΣ 12: ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΕΣ.....	44
ΠΙΝΑΚΑΣ 13: ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ-ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΤΟΞΙΚΩΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΑΙΘΑΝΟΛΗ.....	46
ΠΙΝΑΚΑΣ 14: ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΟΞΕΙΑΣ ΤΟΞΙΚΩΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ.....	50
ΠΙΝΑΚΑΣ 15: ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΨΥΧΩΤΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ.....	59

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	63
---------------------------	----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	69
------------------------	----

CLINICAL OPIATE WITHDRAWAL SCALE: COWS.....	69
REVISED CLINICAL INSTITUTE WITHDRAWAL ASSESSMENT FOR ALCOHOL SCALE, CIWA-Ar.....	71
ASSESSMENT – BENZODIAZEPINE: CIWA-B.....	73
THE ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST: AUDIT.....	75
HELLENIC TREATMENT OUTCOMES PROFILE: HTOP.....	77
ΧΑΡΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ.....	81

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ (FLOW CHARTS)	83
--	----

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Γενικές αρχές αντιμετώπισης εξαρτημένου ατόμου.....	83
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Γενικές αρχές αντιμετώπισης συνδρόμου στέρησης.....	84
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Αντιμετώπιση συνδρόμου στέρησης σε ειδικές περιπτώσεις.....	86
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3α: Αντιμετώπιση συνδρόμου στέρησης κατά την κύηση.....	87
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3βi: Αντιμετώπιση συνδρόμου στέρησης κατά τον τοκετό.....	88
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3βii: Αντιμετώπιση συνδρόμου στέρησης κατά τον τοκετό: οπιοειδή.....	89
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3γ: Αντιμετώπιση συνδρόμου στέρησης κατά τη λοχεία.....	90
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3δ: Αντιμετώπιση συνδρόμου στέρησης κατά τον θηλασμό.....	91
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4α: Γενικές Αρχές Αντιμετώπισης Τοξίκωσης/Υπερδοσολογίας.....	92
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4β: Ειδική Αντιμετώπιση Τοξίκωσης/Υπερδοσολογίας ανά ουσία.....	93

1. Η ΕΠΑΦΗ με τον ΑΣΘΕΝΗ

Η θεραπεία των διαταραχών από τη χρήση ουσιών διενεργείται από εξειδικευμένους θεραπευτικούς φορείς με εκπαιδευμένη διεπιστημονική ομάδα, με ή χωρίς φαρμακευτική υποστήριξη.

Πέραν της θεραπείας της ίδιας της εξάρτησης, καθημερινότητα αποτελεί όμως και η επαφή των εξαρτημένων ατόμων με ποικίλες υπηρεσίες υγείας όλων των βαθμίδων. Πολύ συχνά τα εξαρτημένα άτομα προσέρχονται στις υπηρεσίες υγείας με την προσδοκία ικανοποίησης της ανάγκης εύρεσης ουσίας και επιθυμίας για χρήση ή της ανακούφισης των αναμενόμενων ή ενεργών συμπτωμάτων στερητικού συνδρόμου ή με συμπτωματολογία υπερδοσολογίας. Η απαίτηση για κατευθυνόμενη συνταγογράφηση και η ασκούμενη πίεση προς το ιατρικό προσωπικό μέσα σε ένα ενδεχόμενο πλαίσιο αντικοινωνικών στοιχείων συμπεριφοράς είναι από τους σημαντικότερους λόγους απροθυμίας συνεργασίας του προσωπικού. Δεν πρέπει όμως να ξεχνάμε ότι ο χρήστης παρουσιάζει τις ίδιες ή/και μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης συννοσηρότητας με ψυχιατρική ή άλλη ιατρική κατάσταση, επείγουσα ή μη, οι οποίες μπορεί να αποτελούν επιπλοκές ή μη και να σχετίζονται ή όχι με τη χρήση ουσιών. Πολλές φορές οι χρήστες δεν αναφέρουν την εξάρτησή τους, δεν παρακολουθούνται από κάποιο πρόγραμμα, κάνουν χρήση νόμιμων, συνταγογραφούμενων ουσιών ή αλκοόλ και η εμφάνισή τους απέχει πολύ από τη στερεότυπη εικόνα του περιθωριακού εξαρτημένου ατόμου.

Οι χρήστες απασχολούν συχνά τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, αλλά και τις κλινικές πολλών ειδικοτήτων εκπροσωπώντας σημαντικά συμβλήματα δημόσιας υγείας που επηρεάζουν την κοινότητα.

Το έντυπο αυτό επιχειρεί να απαντήσει στη θεραπευτική αμνηχανία των κλινικών ιατρών, διαφόρων ειδικοτήτων, να αποτελέσει ένα εκπαιδευτικό εργαλείο, να προσφέρει ενδεδειγμένες κατευθυντήριες γραμμές κλινικής πρακτικής για τα συχνότερα προβλήματα από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών που θα αντιμετωπίσει ο κλινικός ιατρός/μη ειδικός εξαρτησιολόγος σε όλες τις βαθμίδες φροντίδας υγείας σε διάφορες θεραπευτικές συνθήκες και να βοηθήσει στη διασύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και των φορέων απεξάρτησης (www.ektepn.gr/Odigos-Ypiresion-Exartiseon).

Κατά την επικοινωνία με το εξαρτημένο άτομο θα πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη πως η εξάρτηση είναι μία πολύπλοκη κατάσταση, η οποία επηρεάζει την εγκεφαλική λειτουργία και τη συμπεριφορά αλλά και ότι ο ασθενής μπορεί να βρίσκεται σε τοξίκωση ή στερητικό σύνδρομο. Κάθε κλινικός διαθέτει τα προσωπικά του επικοινωνιακά εφόδια, το κτίσιμο της επαφής, όμως, μπορεί να διευκολυνθεί αν ακολουθούνται κάποιοι βασικοί κανόνες:

- Απευθυνόμαστε προς τον ασθενή, όπως και προς κάθε άλλον ασθενή, με σεβασμό ως ενήλικος προς ενήλικο.
- Ακούμε προσεκτικά τι έχει να μας πει.
- Αποφεύγουμε να τον αμφισβητούμε, να τον απαξιώνουμε, να είμαστε συγκαταβατικοί, είρωνες, επικριτικοί και απορριπτικοί.
- Δεν θυμώνουμε ακόμα και όταν διακρίνουμε χειριστική συμπεριφορά, παρακλητικό ή απειλητικό ύφος, εμμονή ή και θυμό. Δεν το παίρνουμε προσωπικά και δεν ξεχνάμε ότι μπορεί να αποτελούν στοιχεία της προνοσηρής προσωπικότητας, της κατάστασης που βιώνει ή/και αποτέλεσμα της επίδρασης των ουσιών.
- Είμαστε ευγενικοί, συμπονετικοί και με ενσυναίσθηση αλλά παράλληλα ξεκάθαροι, σαφείς και σταθεροί ως προς το βαθμό και το είδος βοήθειας που μπορούμε να προσφέρουμε.

- Καθησυχάζουμε τον ασθενή για κάθε βάσιμο ή υπερβολικό φόβο του. Δημιουργούμε ένα κλίμα ενδιαφέροντος, ασφάλειας, εμπιστοσύνης, σεβασμού, κατανόησης, αποδοχής και την αίσθηση πως έχουμε τις γνώσεις και τον έλεγχο της κατάστασης.

➔ Δημιουργία διαπροσωπικής επαφής και θεραπευτικής συμμαχίας:

- κλίμα ασφάλειας, εμπιστοσύνης, σεβασμού, κατανόησης, αποδοχής
- λεπτομερής ενημέρωση για τις διαδικασίες
- συναίνεση σε ένα σαφές, προφορικό 'συμβόλαιο' συνεργασίας.

- Δεν συνταγογραφούμε καθ' υπαγόρευση. Αν ο ασθενής αρνείται τη βοήθεια που του προσφέρουμε και εκτοξεύει απειλές, σε περίπτωση που δεν ικανοποιηθεί το αίτημά του, του αντιπροτείνεται η παραπομπή σε κάποιο εξειδικευμένο φορέα. Η μακροχρόνια συνταγογράφηση εξαρτησιογόνων σκευασμάτων, χωρίς θεραπευτικό σχεδιασμό και στόχο, για μη εγκεκριμένη ένδειξη, είναι κακή πρακτική. Δηλώνουμε πρόθυμοι να τον βοηθήσουμε αποκλειστικά και μόνο με επιστημονικά δόκιμη και εγκεκριμένη ένδειξη και πρακτική.



2. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΧΡΗΣΤΩΝ

(Βλ. Διάγραμμα 1, σελ. 83)

Τα συνηθέστερα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο μη ειδικός ιατρός είναι: το στερητικό σύνδρομο από οπιοειδή, αλκοόλ ή/και αγχολυτικά- υπναγωγά και η τοξίκωση ή υπερδοσολογία από κατασταλτικές ή διεγερτικές ουσίες.

Ο ιατρός προβαίνει στην εκτίμηση και αντιμετώπιση της κατάστασης

- Χρήστης με γνωστό ιστορικό εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες με μη επείγουσα ή επείγουσα κλινική εικόνα:
 - κατά την προσέλευση με αίτημα σχετικό με τη χρήση
 - κατά τη νοσηλεία για θέματα εξαρτήσεων
 - κατά την προσέλευση ή νοσηλεία για άλλο ιατρικό ή ψυχιατρικό πρόβλημα
- Χρήστης με άγνωστο ιστορικό εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες με μη επείγουσα ή επείγουσα κλινική εικόνα:
 - τυχαία/ έκτακτη κλινική εικόνα, η οποία θυμίζει ή όχι συμμετοχή ψυχοδραστικών ουσιών
 - κατά την προσέλευση ή νοσηλεία για άλλο ιατρικό ή ψυχιατρικό πρόβλημα
- σε Εξωτερικά Ιατρεία, Αγροτικό Ιατρείο, Κέντρο Υγείας
- στο Τμήμα Επειγόντων Γενικού ή Ψυχιατρικού Νοσοκομείου
- σε κλινικές εσωτερικής παραμονής Γενικού Νοσοκομείου
- σε ψυχιατρικές κλινικές σε Γενικό ή Ψυχιατρικό Νοσοκομείο

Σε κάθε περίπτωση ο γιατρός πρέπει να σκέφτεται πάντα:

- την πιθανότητα εμπλοκής των ψυχοδραστικών ουσιών στη διαφοροδιάγνωση μιας κλινικής εικόνας
- τα τρία βασικά ερωτήματα:
 - ποια ή ποιες ουσίες έχει πάρει ο ασθενής;
 - σε τι ποσότητα έγινε η τελευταία χρήση;
 - τι ώρα έγινε η τελευταία χρήση;
- την πιθανότητα λήψης και τον κίνδυνο χορήγησης φαρμακευτικών σκευασμάτων με αθροιστική συνέργεια (κυρίως κατασταλτικών)
- τον κίνδυνο μη αναγνώρισης κλινικής εικόνας (στερητικού συνδρόμου, υπερδοσολογίας ή ανάπτυξης παραληρήματος)

Αξιολογούμε τις δυνατότητες παρέμβασης με βάση την ειδικότητά μας και την εμπειρία μας, αλλά και τη συνθήκη θεραπείας:

- Αν η κατάσταση δεν είναι επείγουσα και αφορά προβλήματα χρήσης προβαίνουμε σε ενημέρωση, εφησυχασμό, ενδεχομένως φαρμακευτική υποβοήθηση.
- Αν η κατάσταση είναι επείγουσα ή μη, αλλά αφορά παθολογικά προβλήματα απορρέοντα ή μη από τη χρήση ή αν διαπιστώνεται κάποια επιπλοκή, η οποία εμπίπτει στο γνωστικό μας πεδίο και μπορούμε να παρέμβουμε, το πράττουμε, ειδάλλως παραπέμπουμε σε ιατρό ή κλινική της αρμόδιας ειδικότητας.
- Αν η κατάσταση είναι επείγουσα και αφορά προβλήματα χρήσης (π.χ. τοξίκωση/υπερδοσολογία ή εγκατεστημένο ήδη στερεοτικό σύνδρομο) επεμβαίνουμε άμεσα.
- Μετά από κάθε διαδικασία ενημερώνουμε και προτρέπουμε τον ασθενή να καταφύγει σε κάποιο εξειδικευμένο πρόγραμμα ή, αν παρακολουθείται ήδη, τον παραπέμπουμε στο πρόγραμμά του (www.ektepn.gr/Odigos-Ypiresion-Exartiseon).



3. ΣΤΕΡΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

3.1. Γενικές αρχές αντιμετώπισης στερητικού συνδρόμου

(Βλ. Διάγραμμα 2 και Διάγραμμα 3, σελ. 84 και 86)

- Σωματικό Στερητικό Σύνδρομο (ή Σύνδρομο Απόσυρσης) εμφανίζεται μετά από διακοπή ή μείωση της δοσολογίας του αλκοόλ, των αγχολυτικών-υπναγωγών (βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες) και των οπιοειδών (ηρωίνη, μορφίνη, κωδεΐνη, φαιντανύλη, μεθαδόνη, βουπρενορφίνη, διάφορα συνταγογραφούμενα/ελεγχόμενα αναλγητικά και αντιβηχικά φάρμακα). Το στερητικό σύνδρομο της κοκαΐνης, των αμφεταμινών, της ινδικής κάνναβης και άλλων ουσιών είναι ήπιο, δεν συνεπάγεται επικινδυνότητα και δεν θα μας απασχολήσει ιδιαίτερα.
- Ένας ασθενής μπορεί να είναι εξαρτημένος από δύο ή και περισσότερες ουσίες και να παρουσιάζει ταυτόχρονα στερητικό σύνδρομο από συνδυασμό των ουσιών αυτών. Οι βενζοδιαζεπίνες είναι ιδιαίτερα διαδεδομένες στη χώρα μας, τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και σε πληθυσμούς εξαρτημένων ατόμων από το αλκοόλ ή τα οπιοειδή.
- Για την επιτυχή αντιμετώπιση και έκβαση είναι απαραίτητη η αναγνώριση των σημείων και συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου για τη συγκεκριμένη ουσία ή ουσίες, η γνώση του φαρμακοκινητικού προφίλ (χρόνος ημίσειας ζωής κλπ) και η εκτίμηση του βαθμού ανοχής, λαμβάνοντας υπόψη την πολύ μεγάλη πιθανότητα παράλληλης χρήσης και άλλων ουσιών και του φαινομένου της δισταυρούμενης ανοχής.
- Η θεραπεία συνίσταται στην ανακούφιση του στερητικού συνδρόμου (συμπτωματικά, ή με τη χορήγηση αγωνιστών, ανταγωνιστών ή άλλων σκευασμάτων) με στόχο την καταπολέμηση της σωματικής εξάρτησης.
- Η υποκατάσταση της ουσίας χρήσης με αγωνιστή των υποδοχέων, στους οποίους δρα η ουσία χρήσης, ανακουφίζει επαρκώς από τα συμπτώματα συνδρόμου στέρησης και δεν απαιτείται συνήθως η χορήγηση συμπληρωματικής, συμπτωματικής αγωγής. Υποκατάσταση ακολουθείται στα οπιοειδή με τη χορήγηση ενός άλλου αγωνιστή (π.χ. βουπρενορφίνης) και στην περίπτωση του αλκοόλ και των αγχολυτικών-υπναγωγών με τη χορήγηση βενζοδιαζεπινών μακράς διάρκειας, οι οποίες δρουν σαν αγωνιστές λόγω του φαινομένου δισταυρούμενης σωματικής εξάρτησης.

Τα στάδια κάθε παρέμβασης είναι τα εξής:

Πριν από κάθε διαδικασία αντιμετώπισης στερητικού συνδρόμου πρέπει να εξασφαλίζεται η συναίνεση του ασθενούς, εφ' όσον είναι εφικτό, μετά από λεπτομερή ενημέρωση για τις διαδικασίες

Αξιολόγηση

- Μέτρηση ζωτικών σημείων/κλινική αξιολόγηση αναπνευστικού/κυκλοφορικού συστήματος/επιπέδου συνείδησης
 - Λήψη ιστορικού χρήσης: κύρια και δευτερεύουσες ουσίες, υποκατάστατο από Μονάδα ΟΚΑΝΑ, χρόνος και ποσότητα τελευταίας χρήσης, αξιολόγηση βαρύτητας χρήσης (μέση δόση τελευταίου μήνα/επίπεδο ανοχής, σχήματα χρήσης, οδός χορήγησης, παλαιές προσπάθειες αποτοξίνωσης ή απεξάρτησης, ιστορικό τρομώδους παραληρήματος, κλπ)
 - Ψυχιατρική εκτίμηση (επιθετικότητα, βία, αυτοκτονικότητα, ψυχωτικές εκδηλώσεις)
 - Πλήρης κλινικο-εργαστηριακός έλεγχος
 - Τοξικολογική εξέταση ούρων (εάν είναι εφικτή)
 - Συστηματική αξιολόγηση των συμπτωμάτων σε τακτά διαστήματα με την ανάλογη κλίμακα (προτείνεται η κλίμακα Clinical Opiate Withdrawal Scale, COWS για τα οπιοειδή, η CIWA-Ar for Alcohol Withdrawal για το αλκοόλ και η CIWA-B for Benzodiazepine Withdrawal για τις βενζοδιαζεπίνες) (Βλ. Παράρτημα, σελ. 69, 71, 73)
 - Αντενδείξεις: απόλυτες (κύηση 1ου και 3ου τριμήνου) ή σχετικές (ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια, πρόσφατο έμφραγμα μυοκαρδίου κλπ)
 - Κοινωνικο-οικονομικά και οικογενειακά θέματα, συνθήκες διαβίωσης, εκκρεμότητες με το δικαστικό/σωφρονιστικό σύστημα
- ➔ Από τα ανωτέρω θα εξαρτηθεί η δοσολογία, η συχνότητα και η διάρκεια, όπως και η ενδεχόμενη αναπροσαρμογή της αγωγής
- ➔ Αν διαπιστωθούν ιδιαιτερότητες, οι οποίες επιπλέκουν την εικόνα κατά την αξιολόγηση, (εγκυμοσύνη, σοβαρά ιατρικά προβλήματα, ιστορικό τρομώδους παραληρήματος, οξεία ψυχιατρική εικόνα), συνιστάται η επικοινωνία με ειδική κλινική αποτοξίνωσης εσωτερικής παραμονής ή η παραπομπή σε νοσοκομείο που διαθέτει τις αντίστοιχες ειδικότητες. Η προγραμματισμένη αποτοξίνωση συστήνεται να διενεργείται, σε τέτοιες περιπτώσεις, σε ειδική κλινική αποτοξίνωσης εσωτερικής παραμονής (www.ektepn.gr/Odigos-Ypiresion-Exartiseon), ή, σε περίπτωση αποτοξίνωσης από το αλκοόλ, σε παθολογική ή νευρολογική κλινική γενικού νοσοκομείου με διασύνδεση με τις άλλες απαραίτητες ειδικότητες.

Σταθεροποίηση σε φαρμακευτικό σχήμα

Παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες για περαιτέρω θεραπεία και πρόληψη υποτροπών (www.ektepn.gr/Odigos-Ypiresion-Exartiseon). Θεραπευτικό σχέδιο σε συνεργασία με τον ασθενή και τους οικείους του. Αν παρακολουθείται ήδη, παραπέμπεται στο πρόγραμμά του.

Σε περιπτώσεις πολλαπλής εξάρτησης:

Σε εξωτερικούς ασθενείς προηγείται η αποτοξίνωση από τα οπιοειδή και ακολουθεί το αλκοόλ και οι BZD (σε έγκυες αντίστροφα).

Σε Μονάδες εσωτερικής παραμονής μπορεί να επιχειρηθεί η ταυτόχρονη αποτοξίνωση από όλες τις ουσίες.

Σε ασθενείς με Διπλή Διάγνωση:

Προέχει η αντιμετώπιση της οξείας ψυχιατρικής εικόνας από την αποτοξίνωση

- Η θεραπεία σωματικής αποτοξίνωσης γενικότερα, προγραμματισμένη ή επείγουσα, στοχεύει κυρίως στην πρόληψη ή ανακούφιση του στερητικού συνδρόμου που εμφανίζεται κατά την απόσυρση των ουσιών κατάχρησης. Πρόκειται για την ταχεία, ασφαλή και αποτελεσματική μετάβαση σε μια ελεύθερη ψυχοδραστικών ουσιών κατάσταση.
- Δεν αποτελεί μία ολοκληρωμένη θεραπευτική παρέμβαση, καθώς επιδρά ουσιαστικά μόνο στο βιολογικό μέρος της εξάρτησης (σωματική εξάρτηση).
- Παρά τα υψηλά ποσοστά υποτροπής μετά την φάση της αποτοξίνωσης η θεραπεία σωματικής αποτοξίνωσης αποτελεί ένα σημαντικό στάδιο άλλων ολοκληρωμένων μορφών παρέμβασης (παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και πρόληψη υποτροπών με επιπρόσθετη χορήγηση ναλτρεξόνης, δισουλφιράμης, ακαμπροσάτης).
- Για την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου έχει εξαιρετική σημασία η υποστήριξη του περιβάλλοντος (οικογένεια, φίλοι, οικογενειακός ιατρός και, σε περίπτωση νοσηλείας, το εξειδικευμένο προσωπικό, κυρίως το νοσηλευτικό).
- Πρόκειται, σε πολλές περιπτώσεις, για την πρώτη επαφή του ασθενούς με μια μακρά πορεία στο θεραπευτικό σύστημα, ή την αρχική φάση σε μια μακροχρόνια διεργασία απεξάρτησης και χαρακτηρίζεται, ανάλογα με τη συνθήκη θεραπείας, από τους εξής στόχους:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΣΤΟΧΟΙ ΑΠΟΤΟΞΙΝΩΣΗΣ

(κάποιοι ή όλοι ανάλογα με τη συνθήκη θεραπείας)

- Φαρμακευτική αντιμετώπιση, πρόληψη ή ανακούφιση των συμπτωμάτων
- Επίτευξη αποχής με την μικρότερη δυνατή δυσφορία
- Ελεγχόμενο ιατρικό περιβάλλον για αποτοξίνωση σε πολυεξαρτημένα άτομα, περιπτώσεις βαριάς χρήσης, έγκυες, άτομα με διπλή διάγνωση, ιστορικό τρομώδους παραληρήματος, ή σοβαρά ιατρικά προβλήματα, αντιμετώπιση ιατρικά επιπλεγμένων περιστατικών
- Δημιουργία ασφαλούς κλίματος και για άτομα που δεν ανταποκρίνονται σε λιγότερο εντατική αντιμετώπιση και που χρειάζονται το προστατευτικό αυτό πλαίσιο για να προχωρήσουν σε αλλαγή
- Παροχή άλλων ιατρικών, ψυχιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών
- Εισαγωγή σε ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες
- Ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης εμπιστοσύνης με το προσωπικό
- Κινητοποίηση και ευαισθητοποίηση για περαιτέρω θεραπεία ή για παραπομπή
- Σύνδεση με την επόμενη θεραπευτική φάση
- Συγκράτηση σε θεραπευτικά προγράμματα
- Αύξηση ελκυστικότητας στεγνών προγραμμάτων

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΟΞΙΝΩΣΗ

- Μη αναγνώριση της αιτιολογίας της κλινικής εικόνας
- Αλληλοκάλυψη συμπτωμάτων στερητικού συνδρόμου διαφόρων ουσιών
- Καθυστερημένη εκδήλωση στερητικού από BZD μεγάλου χρόνου ημίσειας ζωής ή αλκοόλ (επιληπτικές κρίσεις, τρομώδεις παραλήρημα)
- Οξεία υπερβολική δόση από παράλληλη χρήση μέσα σε Μονάδα εσωτερικής παραμονής
- Αυξημένος κίνδυνος υπερβολικής δόσης αμέσως μετά το εξιτήριο λόγω μειωμένης ανοχής → εκπαίδευση στην αυτοχορήγηση ρινικού εκνεφώματος Ναλοξόνης
- Ιατρικές επιπλοκές σε βεβαρημένα περιστατικά

3.2. Διάγνωση και αντιμετώπιση στερητικού συνδρόμου από οπιοειδή

(συνταγογραφούμενα, παράνομα, από πρόγραμμα υποκατάστασης)

(Βλ. Διάγραμμα 2, σελ. 84)

3.2.1. ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΕΡΗΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΑΠΟ ΟΠΙΟΕΙΔΗ

- Τα σημεία και συμπτώματα (Πίνακας 3) της στέρησης οπιοειδών με βραχύ χρόνο ημιζωής (μορφίνη, κωδεΐνη, ηρωίνη) εμφανίζονται 8 με 12 ώρες από την τελευταία δόση του οπιοειδούς. Κορυφώνονται τη 2^η με 3^η ημέρα και υποχωρούν σταδιακά προς την 5^η με 6^η ημέρα.
- Οι χρόνοι αυτοί επιμηκύνονται αναλόγως του χρόνου ημιζωής του κάθε οπιοειδούς. Στην περίπτωση της μεθαδόνης, τα συμπτώματα είναι γενικά ηπιότερα και εμφανίζονται μετά από 12-36 ώρες, με συνολική διάρκεια έως και 2-3 εβδομάδες, ενώ στην περίπτωση της βουπρενορφίνης είναι ακόμη ηπιότερα, αλλά μπορεί να διαρκούν έως ένα μήνα ή και περισσότερο.
- Παρά τη θορυβώδη εικόνα, το σύνδρομο που προκαλείται από στέρηση οπιοειδών δεν είναι από μόνο του επικίνδυνο για τη ζωή, σε αντίθεση με τα σύνδρομα στέρησης του αλκοόλ, των βενζοδιαζεπινών και των βαρβιτουρικών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΕΡΗΣΗΣ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ

Πρώιμα	Ώψιμα
Άγχος	Αϋπνία
Αύξηση συχνότητας αναπνοών	Ναυτία - Έμετος
Ιδρώτας	Διάρροια
Δακρύρροια	Αδυναμία
Χασμήματα	Κοιλιακές Κράμπες
Ρινόρροια	Ταχυκαρδία Υπέρταση
Ανόρθωση Τριχών	Μυϊκοί σπασμοί
Ανησυχία	Μυοσκελετικά άλγη
Ανορεξία	
Ευερεθιστότητα	
Μυδρίαση	

3.2.2. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΕΡΗΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΑΠΟ ΟΠΙΟΕΙΔΗ

- Προγραμματισμένη απόπειρα αποτοξίνωσης μπορεί να επιτευχθεί σε εξωτερική βάση με τακτική παρακολούθηση του ασθενούς.
- Η προγραμματισμένη αποτοξίνωση σε ειδική κλινική αποτοξίνωσης εσωτερικής παραμονής συνιστάται σε περιπτώσεις ανάγκης να απομακρυνθεί το εξαρτημένο άτομο από το περιβάλλον του, για διασφάλιση του θεραπευτικού συνεχούς ή όταν υπάρχει ιατρική ένδειξη. Η παραπομπή σε παθολογική κλινική δεν είναι απαραίτητη παρά μόνο σε πολύ ειδικές περιπτώσεις.
- Η επείγουσα αντιμετώπιση στερητικού συνδρόμου σε συνθήκες εκτός εξειδικευμένων προγραμμάτων απεξάρτησης περιορίζει τις φαρμακευτικές επιλογές λόγω της ελληνικής νομοθεσίας.

3.2.2.1. Συμπτωματική ανακούφιση του στερητικού συνδρόμου

Για την ανακούφιση των σωματικών συμπτωμάτων που συνοδεύουν το στερητικό σύνδρομο της εξάρτησης από οπιοειδή, και εφόσον ο ασθενής δεν λαμβάνει θεραπεία με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη, μπορούν να χορηγηθούν τα εξής:

- Για τη ναυτία και τον έμετο: αντιισταμινικά όπως υδροξυζίνη, προμεθαζίνη, μετοκλοπραμίδη.
- Για τη διάρροια: αντιδιαρροϊκά όπως λοπεραμίδη
- Για τις κράμπες και τις αρθραλγίες: μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη όπως μεφαιναμικό οξύ, δικλοφαινάκη, ιβουπροφένη κλπ.
- Για την αντιμετώπιση υπερκινητικών συνδρόμων: αντιχολινεργικά όπως βιπεριδένη ή ορφεναδρίνη. Η τριεξιφαινιδύλη καλό είναι να αποφεύγεται, καθώς αποτελεί κλασική ουσία κατάχρησης στη χώρα μας.

3.2.2.2. Αγωνιστές Οπιοειδών

3.2.2.2.1. Βουπρενορφίνη: Μερικός Αγωνιστής – Ανταγωνιστής οπιοειδών υποδοχέων

- Η βουπρενορφίνη είναι ο αποτελεσματικότερος αγωνιστής για τη σωματική αποτοξίνωση των οπιοειδών. Προς το παρόν χορηγείται αποκλειστικά από τον ΟΚΑΝΑ στο πλαίσιο της θεραπείας υποκατάστασης, καθώς και από τη Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης του Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων 'ΙΑΝΟΣ' στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, από τη Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης του Πολυδύναμου Κέντρου Αντιμετώπισης της Κρίσης των χρηστών Ναρκωτικών και Αλκοόλ του Γ.Ν. Ιωαννίνων 'Γ. Χατζηκώστα' και από τη Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης του 18ΑΝΩ σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ και το ΚΕΘΕΑ για αποτοξίνωση μόνο. Η ταξινόμηση της βουπρενορφίνης στην κατηγορία Δ' του πίνακα ναρκωτικών ουσιών αφήνει ανοικτό το ενδεχόμενο χρήσης της στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως συμβαίνει σε άλλες χώρες.
 - Η πρώτη δόση χορηγείται 6-8 τουλάχιστον ώρες μετά την τελευταία χρήση ηρωίνης ή τουλάχιστον 24-48 ώρες μετά την τελευταία χρήση μεθαδόνης (λόγω κινδύνου εμφάνισης στερητικών συμπτωμάτων, επαγόμενο σύνδρομο απόσυρσης).
 - Προτιμάται η καθημερινή χορήγηση σε 1 ή 2 δόσεις.
 - Η δοσολογία καθορίζεται ανάλογα με:
 - την αναφερόμενη μέση-ημερήσια ποσότητα χρήσης οπιοειδούς
 - την ένταση των στερητικών φαινομένων (κλίμακα COWS)
 - την αξιολόγηση της ανταπόκρισης του ασθενούς στην προηγούμενη δόση
 - τον βαθμό σφοδρής επιθυμίας του ασθενή να κάνει χρήση οπιοειδών (craving)
 - τις ανεπιθύμητες ενέργειες (τυπικές για οπιοειδές φάρμακο: δυσκοιλιότητα, κεφαλαλγία, εφίδρωση, ανορεξία, επιγαστραλγία, ναυτία, έμετος, κούραση, ζάλη, κνησμός, εξανθήματα), οι οποίες όμως σπανιότατα αποτελούν αιτία διακοπής θεραπείας
 - την παράλληλη χρήση άλλων ουσιών

Στον **Πίνακα 4** παρουσιάζεται ενδεικτικό σχήμα βραχείας αποτοξίνωσης διάρκειας 4-8 ημερών:

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟ ΣΧΗΜΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΑΠΟΤΟΞΙΝΩΣΗΣ ΜΕ ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗ		
Ημέρα	Δοσολογία	άνω και κάτω όρια
1	6 mg	4-8 mg
2	8 mg	4-12 mg
3	10 mg	4-16 mg
4	8 mg	2-12 mg
5	4 mg	0-8 mg
6	2 mg	0-4 mg
7	1 mg	0-2 mg
8	0 mg	0-1 mg

- Καθ' όλη τη διάρκεια του σχήματος μπορεί να χρησιμοποιείται συμπληρωματικά και συμπτωματική αγωγή, αν και εφ' όσον απαιτείται.
- Σε εξειδικευμένες Μονάδες Σωματικής Αποτοξίνωσης εσωτερικής διαμονής το πρωτόκολλο μπορεί να διαρκέσει μέχρι και 14 μέρες, ειδικά αν η αποτοξίνωση αφορά εξάρτηση από μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη (λόγω μεγαλύτερου χρόνου ημίσειας ζωής από την ηρωίνη).

Σε χρήστες σε υποκατάσταση με βουπρενορφίνη ή μεθαδόνη από Μονάδες ΟΚΑΝΑ

Μονάδα ΟΚΑΝΑ	Άλλη συνθήκη θεραπείας
Θα μπορούσε να επιχειρηθεί η σταδιακή μείωση μέχρι τελικής διακοπής του ίδιου του υποκατάστατου από την Μονάδα.	- Απαραίτητη η λήψη πληροφορίας για το ποιο υποκατάστατο λαμβάνει ο ασθενής, από ποια Μονάδα Υποκατάστασης ΟΚΑΝΑ, την ώρα και τη δόση της τελευταίας δόσης και τη μέση δόση τελευταίου μήνα (επίπεδο ανοχής). - Θα πρέπει να γίνει επικοινωνία με τη Μονάδα και να αποστέλλεται η καθημερινή δόση του στην κλινική (www.ektepn.gr/Odigos-Ypiresion-Exartiseon). - Συνιστάται η ευέλικτη, εξατομικευμένη προσαρμογή σύμφωνα με την ανταπόκριση και την κλινική εικόνα. - Σταδιακή μείωση μέχρι τελικής διακοπής.

3.2.2.2.2. Κωδεΐνη, Τραμαδόλη

Τα σκευάσματα κωδεΐνης περιέχουν και παρακεταμόλη. Αμιγής κωδεΐνη διατίθεται μόνο από το Υπουργείο Υγείας.

Τα σκευάσματα αυτά δεν συνίστανται για αποτοξίνωση και δεν αναφέρονται στις κατευθυντήριες γραμμές λόγω του φαρμακοκινητικού και φαρμακοδυναμικού προφίλ τους.

Η απαγορευτική νομοθεσία στην Ελλάδα για χορήγηση των ενδεικνυόμενων ουσιών (μεθαδόνη, βουπρενορφίνη) οδηγεί όμως σε πολύ περιορισμένες επιλογές σε περιπτώσεις τυχαίας-έκτακτης αντιμετώπισης στερητικού συνδρόμου, με γνωστή ή άγνωστη εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες, στο Τμήμα Επείγοντων ή σε κλινικές γενικών νοσοκομείων ή σε ψυχιατρικές κλινικές σε ψυχιατρικό ή γενικό Νοσοκομείο, κατά την προσέλευση ή νοσηλεία για άλλο ιατρικό πρόβλημα.

Η συμπερίληψη της κωδεΐνης σε πρωτόκολλα αποτοξίνωσης και κατευθυντήριες γραμμές μέχρι προσφάτως και η εμπειρία από την μέχρι τώρα ευρεία χορήγησή της, η εξοικείωση των χρηστών με το σκεύασμα, η διαθεσιμότητα

και η εύχρηστη και ασφαλής χορήγηση της μαζί με τις περιορισμένες επιλογές αποτελούν παράγοντες που οδηγούν στην εκλογή της για χορήγηση όταν δεν είναι διαθέσιμη η βουπρενορφίνη.

Χορήγηση ισοτίμης ποσότητας κωδεΐνης σε 3-4 δόσεις ημερησίως, ανάλογα με τη βαρύτητα της χρήσης. Θεωρητικά μπορεί να χορηγηθεί δοσολογία μέχρι και 10-60mg ανά 4 ώρες, συνήθως όμως δεν απαιτούνται συνολικές ποσότητες μεγαλύτερες των 240mg σε 3-4 δόσεις την ημέρα.

Η τραμαδόλη αναφέρεται περιορισμένα στη βιβλιογραφία, προτείνεται όμως επίσης η χορήγηση της σε μη εξειδικευμένες συνθήκες σωματικής αποτοξίνωσης λόγω των περιορισμένων επιλογών στην Ελλάδα. Χορήγηση ισοτίμης ποσότητας τραμαδόλης σε 3-4 δόσεις ημερησίως.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 ΙΣΟΔΥΝΑΜΙΑ ΙΣΧΥΟΣ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ				
	Ισχύς	Ισοδύναμη δόση οπιοειδούς με 10 mg μορφίνης p.o.	Ισοδύναμη δόση οπιοειδούς με 10 mg μορφίνης iv	Ισοδύναμη δόση οπιοειδούς βραδείας αποδέσμευσης με 10 mg μορφίνης p.o.
Morphine	1	10 mg		
Opium	1			
Heroin	3	2.5-3.5 mg		
Codeine	0.15	70-80 mg	130 mg	
Tramadol	0.1	100 mg		
Fentanyl	100	0.1 mg	0.15–0.2 mg	25 mcg/fentanyl = 60-134 mg morphine 37 mcg/h = 135-179 mg 50 mcg/h = 180-224 mg 62 mcg/h = 225-269 mg 75 mcg/h = 270-314 mg 87 mcg/h = 315-359 mg 100 mcg/h = 360-404 mg
Meperidine	0.1	100 mg		
Pentazocine	0.37	20-30 mg		
Pethidine	1.25	8 mg		
Hydrocodone	1	10 mg		
Oxycodone	1.5	7.5 mg		
Buprenorphine	Αβέβαιη ισοδυναμία λόγω μερικού αγωνισμού	8-16 mg morphine = 200 µg buprenorphine 325 mg codeine = 1 µg buprenorphine		
Methadone	4 (1-20 mg/μέρα) 8 (21-40 mg/μέρα) 10 (41-60 mg/μέρα) 12 (≥61 mg/μέρα)			

Δόση άλλου οπιοειδούς X Ισχύς = ισοδύναμη Δόση μορφίνης
Δόση μορφίνης ÷ Ισχύς = ισοδύναμη Δόση άλλου οπιοειδούς

Υπάρχει σχετική απόκλιση στις δημοσιευμένες ισοδυναμίες ισχύος οπιοειδών. Είναι επίσης πιθανόν να υπάρχει ατελής διασταυρούμενη ανοχή μεταξύ των οπιοειδών. Συστήνεται δόση έναρξης χαμηλότερη από την ισοδύναμη δόση (50% σε περίπτωση μεγάλης ποσότητας χρήσης και 60-75% σε μέτρια χρήση) και εξατομικευμένη τιτλοποίηση σύμφωνα με την κλινική ανταπόκριση, δηλ. την ύφεση των συμπτωμάτων στέρσης.

3.2.2.3. Κλονιδίνη: Κεντρικός α2 Αδρενεργικός Αγωνιστής

Παρ' ότι επίσης εγκεκριμένη και τεκμηριωμένη σε επίπεδο ανασκόπησης Cochrane, δεν έχει καταφέρει να εδραιωθεί και χρησιμοποιείται ελάχιστα λόγω προτίμησης των υποκαταστάτων από τους χρήστες και λόγω σοβαρών παρενεργιών. Καταστέλλει την υπερδιέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος με αποτέλεσμα ομαλοποίηση των περισσότερων σωματικών συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου από οπιοειδή. Λόγω των καρδιακών της επιπλοκών, θα πρέπει να χορηγείται με προσοχή.

Συμπερασματικά:

Ο γιατρός στα εξωτερικά ιατρεία, στο αγροτικό ιατρείο, το Κέντρο Υγείας, στο Τμήμα Επειγόντων ή σε κλινική Γενικού ή Ψυχιατρικού Νοσοκομείου κατά την προσέλευση ή νοσηλεία για πρόβλημα σχετικό με την εξάρτηση ή άλλο ιατρικό πρόβλημα, με γνωστή ή άγνωστη εξάρτηση από οπιοειδή προβαίνει στην εξής εκτίμηση και αντιμετώπιση στερητικού συνδρόμου από οπιοειδή:

- Ιστορικό τελευταίας χρήσης: ουσία, χρόνος και ποσότητα τελευταίας χρήσης, μέση ποσότητα ημερήσιας χρήσης οπιοειδούς κατά τον τελευταίο μήνα (βαθμός ανοχής)
- Υπολογισμός χρόνου εμφάνισης συμπτωμάτων στερητικού συνδρόμου ανάλογα με το χρόνο ημίσειας ζωής του οπιοειδούς
- Αξιολόγηση παρόντων ή εμφανιζομένων συμπτωμάτων
- Χορήγηση ισότιμης ποσότητας κωδεΐνης ή τραμαδόνης σε 3-4 δόσεις ημερησίως ή χορήγηση συμπτωματικής θεραπείας για 6-8 μέρες
- Παραπομπή σε εξειδικευμένο φορέα απεξάρτησης ή επιστροφή στο πρόγραμμα, στο οποίο παρακολουθείται (www.ektepn.gr/Odigos-Ypiresion-Exartiseon)

3.3. Διάγνωση και αντιμετώπιση στερητικού συνδρόμου από αλκοόλ, βενζοδιαζεπίνες, βαρβιτουρικά ή άλλες κατασταλτικές ουσίες

(Βλ. Διάγραμμα 2, σελ. 84)

3.3.1. ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΕΡΗΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΑΠΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΕΣ Η ΒΑΡΒΙΤΟΥΡΙΚΑ

- Εάν, πέραν των συμπτωμάτων και σημείων που παρατίθενται στον Πίνακα 3 και υποδηλώνουν, κυρίως, διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, παρατηρούνται και συμπτώματα που παρατίθενται στον Πίνακα 6, τότε ο ασθενής παρουσιάζει πιθανότατα στερητικό σύνδρομο από στέρση αλκοόλ, βενζοδιαζεπινών ή και βαρβιτουρικών, και υπάρχει ανάγκη ανάλογης αντιμετώπισης. Οι ουσίες αυτές χαρακτηρίζονται από φαινόμενα διασταυρούμενης ανοχής και εξάρτησης και το στερητικό τους σύνδρομο δεν μπορεί εύκολα να διαφοροδιαγνωσθεί παρά μόνο από το ιστορικό. Χαρακτηρίζονται, επίσης, από αθροιστική δράση, τόσο στα φαινόμενα της τοξίκωσης όσο και στα φαινόμενα της στέρσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

ΕΙΔΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΕΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ, ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΩΝ Ή ΒΑΡΒΙΤΟΥΡΙΚΩΝ

- αυξημένος τρόμος των χεριών
- διακύμανση του επιπέδου συνείδησης
- παροδικές οπτικές, απτικές ή ακουστικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις
- ψυχοκινητική διέγερση
- διαταραχές προσοχής, μνήμης και προσανατολισμού
- γενικευμένες, τονικοκλονικές επιληπτικές κρίσεις (Grandmal)

- Τα σημεία και συμπτώματα της στέρησης του αλκοόλ εμφανίζονται συνήθως 6 με 24 ώρες από το τελευταίο ποτό. Υποχωρούν μετά από 5 με 14 ημέρες. Συχνά δε κλιμακώνονται από πρώιμα σε όψιμα με προβλέψιμο τρόπο. Το τρομώδες παραλήρημα εμφανίζεται σε 3-5% των ατόμων με στερητικό 48-72 ώρες, ή και αργότερα, από τη διακοπή χρήσης και χρήζει άμεσης αντιμετώπισης σε παθολογική ή νευρολογική κλινική για στήριξη ζωτικών λειτουργιών, καθώς χαρακτηρίζεται από μεγάλη θνησιμότητα (15-40% χωρίς θεραπεία, 1-3% με θεραπεία).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

ΕΙΔΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΕΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ: ΤΡΟΜΩΔΕΣ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ (Delirium Tremens)

- αστάθεια αυτόνομου νευρικού συστήματος
- έντονη ψυχοκινητική διέγερση
- διαταραχή επιπέδου συνείδησης
- σύγχυση
- διαταραχές αντίληψης

- Τα σημεία και συμπτώματα της στέρησης των βενζοδιαζεπινών ή βαρβιτουρικών και των συναφών ουσιών εμφανίζονται μετά από 12-16 ώρες έως και 7-10 ημέρες μετά την τελευταία δόση, αναλόγως του χρόνου ημιζωής του χρησιμοποιούμενου φαρμάκου. Μπορούν δε επίσης να κλιμακωθούν σε παραλήρημα, αυτά των βενζοδιαζεπινών όμως, τα οποία μας ενδιαφέρουν λόγω συχνότητας, σπάνια εντείνονται σε μια τόσο επικίνδυνη εικόνα όπως αυτή που χαρακτηρίζει τη στέρηση του αλκοόλ.

3.3.2. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΕΡΗΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΑΠΟ ΑΛΚΟΟΛ, ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΕΣ Η' ΒΑΡΒΙΤΟΥΡΙΚΑ

Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση ισοδύναμης δόσης βενζοδιαζεπινών με μεγάλο χρόνο ημιζωής και μυοχαλαρωτική/αντιεπιληπτική δράση και την προγραμματισμένη προοδευτική διακοπή τους σε διάστημα λίγων ημερών ή εβδομάδων, προσέχοντας να μην πλατειάσει το σχήμα τόσο, ώστε να αντικατασταθεί η εξάρτηση από τη μία ουσία από την εξάρτηση από την άλλη. Σε νοσηλευόμενους ασθενείς μπορεί να επιχειρηθεί ταχύτερη σταδιακή μείωση και διακοπή παρά σε εξωτερικούς. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν:

- Χλωροδιαζεποξίδη: φάρμακο επιλογής
- Διαζεπάμη: φάρμακο επιλογής
- Λοραζεπάμη: προτιμάται επί βαρείας ηπατικής βλάβης, καθώς δεν μεταβολίζεται στο ήπαρ ή για υπογλώσσια χορήγηση, όταν υπάρχουν ναυτία και έμετος. Αποτελεσματικότερο στην πρόληψη επιληπτικών κρίσεων.
- Κλοναζεπάμη. Μπορεί να προτιμάται σε εξάρτηση από Αλπραζολάμη ή Τριαζολάμη, αλλά η τελική διακοπή της κλοναζεπάμης ενδέχεται να αποδειχθεί ιδιαίτερος δύσκολη.
- Χλωραζεπάτη

- Η φλουνιτραζεπάμη ή φθόριονιτραζεπάμη (Hypnodon, Rohypnol) κυκλοφορεί ευρέως στην ελληνική παράνομη αγορά ως η βενζοδιαζεπίνη προτίμησης των χρηστών οπιοειδών και ουδέποτε πρέπει να συνηγορείται.
- Η πρεγκαμπαλίνη, αν και είναι GABA-A αγωνιστής και φαίνεται να ανακουφίζει από τα συμπτώματα της στέρησης και του άγχους, δεν συνιστάται για τη θεραπεία αποτοξίνωσης λόγω υψηλού δυναμικού κατάχρησης.

3.3.2.1. Αν ο ασθενής είναι εξαρτημένος από βενζοδιαζεπίνες ή βαρβιτουρικά μεγάλου χρόνου ημιζωής ή κλομεθιαζόλη:

- Δεν είναι απαραίτητη η υποκατάστασή τους με άλλη ουσία.
- Διατηρούμε την ίδια ουσία και μειώνουμε σταδιακά σύμφωνα με τη συνθήκη θεραπείας: με ρυθμό 5 mg διαζεπάμης (ή ανάλογα) κάθε εβδομάδα σε εξωτερικούς ασθενείς ή 10% την ημέρα ή και βραδύτερα σε νοσηλευόμενους.

3.3.2.2. Αν ο ασθενής είναι εξαρτημένος από βενζοδιαζεπίνες ή βαρβιτουρικά, ή υπναγωγά της ομάδας Z με μικρό χρόνο ημιζωής:

- Υποκαθιστούμε με κάποια άλλη βενζοδιαζεπίνη με μεγάλο χρόνο ημιζωής, σε διαιρεμένες δόσεις (μέγιστη συνολική ημερήσια δόση 80-100 mg διαζεπάμης ή ισοδύναμο) και μειώνουμε σταδιακά σύμφωνα με τη συνθήκη θεραπείας: με ρυθμό 5 mg διαζεπάμης (ή ανάλογα) κάθε εβδομάδα σε εξωτερικούς ασθενείς ή 10% την ημέρα ή και βραδύτερα σε νοσηλευόμενους.
- Η μείωση μπορεί να επιταχυνθεί για δόσεις μεγαλύτερες των 50 mg διαζεπάμης και επιβραδύνεται για δόσεις μικρότερες των 20 mg διαζεπάμης.
- Για ισοδύναμες δόσεις μεγαλύτερες των 100 mg διαζεπάμης, ο ασθενής πρέπει να νοσηλευτεί. Λαμβάνει τουλάχιστον το 1/2 με 2/3 της ισοδύναμης δόσης σε τρεις ή τέσσερις διαιρεμένες δόσεις και η μείωση γίνεται γρηγορότερα αλλά με ρυθμό βραδύτερο του 10% ανά ημέρα.
- Επιβραδύνουμε το ρυθμό ελάττωσης της δόσης, αναλόγως των συμπτωμάτων στέρησης (π.χ. εμφάνιση επιληπτικής κρίσης).

- Αν ο ασθενής είναι εξαρτημένος από αλπραζολάμη ή τριαζολάμη, προτιμούνται οι ίδιες ουσίες ή η κλοναζεπάμη, αλλά και η διαζεπάμη είναι αποτελεσματική.

3.3.2.3. Αν ο ασθενής είναι εξαρτημένος από νέες, συνθετικές βενζοδιαζεπίνες, οι οποίες κυκλοφορούν τα τελευταία χρόνια στην παράνομη αγορά. Στην παρούσα φάση είναι πρακτικώς αδύνατη η γνώση των χαρακτηριστικών της κάθε μίας από αυτές, τη στιγμή μάλιστα που οι ίδιοι οι χρήστες δεν είναι συχνά σε θέση να γνωρίζουν τι ακριβώς καταναλώνουν. Αν και δεν έχουν αναπτυχθεί εξειδικευμένα πρωτόκολλα, μπορούν να δοκιμαστούν τα πρωτόκολλα που ισχύουν για τις συνταγογραφούμενες βενζοδιαζεπίνες.

3.3.2.4. Αν ο ασθενής είναι εξαρτημένος από αλκοόλ:

- Το στερητικό σύνδρομο του αλκοόλ μοιάζει μ' εκείνο των βενζοδιαζεπινών, αλλά σχετίζεται με πολύ περισσότερες επιπλοκές και προκλήσεις, λόγω κυρίως της εκτεταμένης δράσης της αιθυλικής αλκοόλης σε όλα τα κύτταρα και τους ιστούς του οργανισμού, πέραν του νευρικού συστήματος, και της μεγάλης πιθανότητας παρουσίας παθολογικών προβλημάτων. Ήπιες περιπτώσεις δεν απαιτούν νοσηλεία.
- Ο ασθενής πρέπει να εισαχθεί σε νοσοκομείο αν:
 - συνεχίζει να παρουσιάζει συμπτώματα παρά τη χορήγηση 80 mg διαζεπάμης
 - παρουσιάζει προγνωστικούς δείκτες εμφάνισης τρομώδους παραληρήματος: μεγάλη ηλικία, συνύπαρξη άλλης συννοσηρότητας κυρίως λοιμώδους αιτιολογίας, βαριά εικόνα στερητικού συνδρόμου, ιστορικό ή εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων, παρουσία διαταραχών σκέψης και αντίληψης, σύγχυση, απότομη αύξηση της δραστηριότητας ή αστάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος, αφυδάτωση και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ιστορικό ή εμφάνιση τρομώδους παραληρήματος, παρουσία εγκεφαλικής βλάβης.
- Γίνεται άμεση χορήγηση βιταμίνης B1 (θειαμίνης) και συμπλέγματος Βιταμινών Β πριν από οποια άλλη ιατρική πράξη. Η ενδεχόμενη χορήγηση διαλύματος δεξτρόζης 5% πρέπει να έπεται της θειαμίνης γιατί μπορεί να καθυστερήσει την απορρόφηση της.
 - Αρχικά 100 mg i.v. ή i.m. (σε περίπτωση εμφάνισης εγκεφαλοπάθειας Wernicke οι ενδείξεις αποκατάστασης της οφθαλμοπληγίας χρησιμεύουν σαν δείκτης για την αύξηση δοσολογίας της θειαμίνης μέχρι 1000 mg τις πρώτες 12 ώρες).
 - Τις επόμενες μέρες 50-100 mg από το στόμα.
- Χορηγούνται βενζοδιαζεπίνες μεγάλου χρόνου ημιζωής, με μυοχαλαρωτική/ αντιεπιληπτική δράση.
 - Φάρμακα επιλογής Διαζεπάμη και Χλωροδιαζεποξίδη.
 - Μέγιστη συνολική ημερήσια δόση 80 mg διαζεπάμης ή 125 mg χλωροδιαζεποξίδης, σε 3-4 δόσεις, θεωρείται επαρκής για να καλύψει ακόμα και μεγάλη ανοχή, ιδιαίτερα σε εξωτερικούς ασθενείς. Σταδιακή μείωση μέχρι τελικής διακοπής εντός 7-10 ημερών.
 - Σε περίπτωση βαριάς συμπτωματολογίας, ιστορικού επιληπτικών κρίσεων ή ιστορικού τρομώδους παραληρήματος γίνεται άμεση φόρτιση με 20 mg διαζεπάμης, η οποία επαναλαμβάνεται ανά 2 ώρες, από το στόμα μέχρι η βαθμολογία της κλίμακας CIWA-Ar (Βλ. Παράρτημα, σελ. 69) να μειωθεί <10 και εφ' όσον τα ζωτικά σημεία παραμένουν σταθερά. Μετά τη σταθεροποίηση ακολουθείται το πρωτόκολλο των 80 mg την ημέρα σε 3-4 δόσεις για 7-10 μέρες. Η Λοραζεπάμη θεωρείται αποτελεσματικότερη της διαζεπάμης στην πρόληψη εμφάνισης επιληπτικών κρίσεων: εφ' άπαξ δόση 2 mg λοραζεπάμης μαζί με το πρωτόκολλο διαζεπάμης.
 - Σε περίπτωση εμφάνισης επιληπτικών κρίσεων ή αστάθειας αυτόνομου νευρικού συστήματος γίνεται άμεση, ταχεία φόρτιση με 20 mg διαζεπάμης, η οποία επαναλαμβάνεται ανά 2 ώρες, κατά προτίμηση ενδοφλέβια. Απαιτείται συνεχής καταγραφή ζωτικών σημείων, επιπέδου συνείδησης και εγρήγορση για μεταφορά σε εξειδικευμένη μονάδα για άμεση στήριξη ζωτικών λειτουργιών.
 - Εάν υπάρχει ηπατική δυσλειτουργία, ή εάν ο ασθενής δεν ανέχεται την διαζεπάμη per os, δίνουμε αποκλειστικά λοραζεπάμη υπογλωσσίως, 1-2 mg ανά 1-4 ώρες (λόγω μικρότερου χρόνου ημιζωής η θεραπεία πρέπει να συνεχιστεί για επιπλέον 2-3 ημέρες).

- Οι παρεντερικές μορφές διαζεπάμης και λοραζεπάμης περιέχουν το διαλύτη propyleneglycol. Συνεχής και παρατεταμένη, παρεντερική έγχυση μεγάλων δόσεων αυτών των βενζοδιαζεπινών, όπως σε ένα τρομώδες παραλήρημα, μπορεί, σε σπάνιες περιπτώσεις, να προκαλέσει τοξικότητα (νέκρωση δέρματος και μαλακών μορίων, αιμόλυση, καρδιακές αρρυθμίες, υπόταση, γαλακτική οξέωση, επιληπτικές κρίσεις, ανεπάρκεια πολλαπλών οργάνων).
- Εάν υπάρχουν διαταραχές σκέψης ή/και αντίληψης χορηγούνται αντιψυχωτικά (ολανζαπίνη, ρισπεριδόνη ή αλοπεριδόλη).

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΙΣΟΔΥΝΑΜΙΑ BENZODIAZEΠΙΝΩΝ

Βενζοδιαζεπίνες	Χρόνος ημιζωής (ώρες) [ενεργός μεταβολίτης]	Κατά προσέγγιση ισοδύναμες δόσεις από του στόματος (mg)
Alprazolam (Xanax)	6-12	0.5
Bromazepam (Lexotanil)	10-20	5-6
Chlordiazepoxide (Librium)	5-30 [36-200]	25
Clobazam (Frisium)	12-60	20
Clonazepam (Klonopin, Rivotril)	18-50	0.5
Clorazepate (Tranxene)	[36-200]	15
Diazepam (Stedon)	20-100 [36-200]	10
Flunitrazepam (Hipnosedon, Vulbegal)	18-26 [36-200]	1
Lorazepam (Ativan, Tavor)	10-20	1
Prazepam (Centrac)	[36-200]	10-20
Triazolam (Halcion)	2	0.5
Υπναγωγά ομάδας Z		
Zaleplon (Sonata)	2	20
Zolpidem (Stilnox)	2	20
Zopiclone (Imovane)	5-6	15
Eszopiclone (Lunesta)	6 (9 σε ηλικιωμένους)	3

Benzodiazepine Equivalency Table (2007) <https://www.benzo.org.uk/bzequiv.htm>

3.3.2.5. Αν ο ασθενής είναι εξαρτημένος από γ-υδροξυβουτυρικό οξύ (GHB): Το GHB δρα σε GHB-υποδοχείς αλλά και αγωνιστές GABA-B. Αθροιστική δράση με άλλες κατασταλτικές ουσίες. Σε υγρή μορφή, σκόνη ή κάψουλες.

Πρόδρομες ουσίες του GHB: γ-βουτυρολακτόνη (GBL) και 1,4-butanediol (BD), τα οποία μεταβολίζονται στον οργανισμό σε GHB. Και στην περίπτωση αυτών των ουσιών δεν έχουν αναπτυχθεί εξειδικευμένα πρωτόκολλα και συνιστώνται τα πρωτόκολλα που ισχύουν για τις συνταγογραφούμενες βενζοδιαζεπίνες. Συνήθως απαιτούνται μεγαλύτερες δόσεις, από ό,τι για τις βενζοδιαζεπίνες, για να ελεγχθούν τα συμπτώματα στέρησης.

3.4. Αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου σε εγκύους, επίτοκους, λεχιώδες και θηλάζουσες χρήστριες ψυχοδραστικών ουσιών

Απαιτείται παράλληλη, συνεχής, στενή παρακολούθηση και διεπιστημονική προσέγγιση και συνεργασία: πρόγραμμα υποκατάστασης/ απεξάρτησης (www.ektepn.gr/Odigos-Ypiresion-Exartiseon), γυναικολόγος, παιδίατρος, νοση-

λευτική υπηρεσία, κοινωνικές υπηρεσίες, εγκατάσταση θεραπευτικής επαφής και σχέσης για αύξηση της συμμόρφωσης.

3.4.1. ΚΥΗΣΗ

(Βλ. Διάγραμμα 3α, σελ. 87)

Η ιδανική συνθήκη για όλες τις εγκύους και το έμβρυο/νεογνό είναι μηδενική ανοχή για όλα τα φάρμακα και τις ψυχοδραστικές ουσίες.

Αυξημένος κίνδυνος εμβρυικών επιπλοκών σε εγκύους χρήστριες: αυτόματα αποβολή, υπολειπόμενη ενδομήτριά ανάπτυξη του εμβρύου, πρόωρος τοκετός, λιποβαρή νεογνά, στερητικό σύνδρομο νεογνών, θάνατος νεογνών, κάθετη μετάδοση HIV και ηπατίτιδας Β και C, τερατογένεση (αλκοόλ κυρίως, αμελητέος κίνδυνος στις υπόλοιπες ουσίες).

Οι πιο κάτω κατευθυντήριες γραμμές δεν αποτελούν θεραπεία αλλά μια, όσο το δυνατόν, καλύτερη αντιμετώπιση μιας πραγματικότητας. Η δυάδα μητέρα-έμβρυο και μητέρα-νεογνό πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένα σύνολο. Το στρες από το στερητικό σύνδρομο στη μητέρα και στο έμβρυο μπορεί να έχει καταστροφικές συνέπειες. Οι απαραίτητες αποφάσεις (μείωση, αποτοξίνωση/διακοπή, υποκατάσταση, ή χορήγηση άλλου φαρμακευτικού παράγοντα) θα ληφθούν κάτω από αυτό το πρίσμα και με γνώμονα τη σύμπλοκη σχέση οφέλους/κινδύνου και αφού συνεκτιμηθούν όλα τα δεδομένα και οι παράμετροι εξατομικευμένα και ενημερωθεί διεξοδικά ή ασθενής. Η χρήση καπνού, χρήση άλλων ουσιών, παθολογικά ή γενετικά, γυναικολογικά, ψυχιατρικά ή κοινωνικά προβλήματα, κλπ μπορεί να καθορίσουν την απόφαση.

Σε εγκύους χρήστριες οπιοειδών συνιστάται υποκατάσταση με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη σε αντίθεση με το αλκοόλ και τις βενζοδιαζεπίνες, για τα οποία η αποτοξίνωση όχι μόνο επιτρέπεται αλλά και επιβάλλεται. Σε περίπτωση παράλληλης χρήσης με διάφορες ουσίες: διαδοχική αποτοξίνωση με υποκατάσταση με τον ανάλογο αγωνιστή (πρώτα αλκοόλ και βενζοδιαζεπίνες, στη συνέχεια τα οπιοειδή, εάν και εφ' όσον και μόνο στο 2^ο τρίμηνο).

3.4.1.1. Έγκυες χρήστριες οπιοειδών

Κύριος στόχος είναι η αποφυγή εμβρυϊκού συνδρόμου στέρησης, ένα σχεδόν καθημερινό γεγονός σε χρήστριες ηρωίνης (μικρός χρόνος ημίσειας ζωής, ανάγκη λήψης 3-4 δόσεων ημερησίως, μη έγκαιρη ή αποτυχημένη κάλυψη αναγκαίας δόσης λόγω έλλειψης χρημάτων, ενδοφλέβια χρήση, κυμαινόμενη νόθευση). Το σύνδρομο στέρησης νεογνού (neonatal abstinence syndrome, NAS) αντίθετα θεωρείται αναμενόμενο, διαχειρίσιμο και προτιμότεο από το αντίστοιχο εμβρυϊκό σύνδρομο στέρησης λόγω της προωρότητας που μπορεί να επιφέρει.

Η μέχρι στιγμής έρευνα δεν καταδεικνύει τερατογόνο δράση των οπιοειδών στο έμβρυο τόσο από χρήση ηρωίνης όσο και από υποκατάσταση με αγωνιστές οπιοειδών υποδοχέων κατά την κύηση (αναφέρεται, σπάνια, προγεννητική μικροκεφαλία, η οποία συνήθως αποκαθίσταται).

Οι πλέον πρόσφατες και έγκυρες κατευθυντήριες γραμμές συστήνουν φαρμακοθεραπεία υποκατάστασης αντί αποτοξίνωσης και ενθαρρύνεται η έγκυος χρήστρια να παραμείνει στην υποκατάσταση και μετά το τοκετό. Η σταθεροποίηση σε μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη θεωρείται η θεραπεία επιλογής. Η προγεννητική έκθεση του εμβρύου σε βουπρενορφίνη οδηγεί σε ηπιότερη καταστολή του εμβρύου και σε μικρότερης βαρύτητας σύνδρομο στέρησης νεογνού από ό,τι η μονήρης δόση μεθαδόνης και γι' αυτό έχει ένα προβάδισμα. Στο 3^ο τρίμηνο θα μπορούσε η μεθαδόνη να διαιρεθεί σε 3 δόσεις ημερησίως για ηπιότερη καταστολή του εμβρύου.

Η αποτοξίνωση (ή η μείωση της δόσης) είναι βέβαια δυνατή και μάλιστα ενδείκνυται σε κάποιες περιπτώσεις. Ασφαλέστερο θεωρείται το 2^ο τρίμηνο κύησης. Στο 1^ο τρίμηνο ο κίνδυνος αποβολής και στο 3^ο αυτός πρόωρου τοκετού είναι πολύ μεγάλοι. Πολύ πρόσφατες μελέτες συνηγορούν ότι η αποτοξίνωση κατά την κύηση δεν φαίνεται να έχει αρνητικές συνέπειες για τη μητέρα και το νεογνό. Θα πρέπει όμως να καθοριστούν τα κριτήρια αυτού του πληθυσμού και οι κατευθυντήριες θεραπευτικές γραμμές. Επιπλέον επειδή η αποτοξίνωση παρουσιάζει υψηλότατα ποσοστά υποτροπής υπάρχει ο κίνδυνος η επακόλουθη συμπεριφορά χρήσης της εγκύου να είναι επικινδυνότερη από την προϋπάρχουσα (ενδοφλέβια κλπ) με επιβλαβέστερες συνέπειες για το έμβρυο.

Η χορήγηση ναλτρεξόνης για πρόληψη υποτροπών δεν συνιστάται επίσης λόγω κινδύνου οξέος φαρμακοεπαγόμενου στερητικού συνδρόμου (σε περίπτωση παράλληλης χρήσης) και ελλειπών στοιχείων για την ασφάλεια χορήγησης γενικότερα.

Απαιτείται η αποφυγή παράλληλης χρήσης, η άμεση διακοπή πιθανής χρήσης με άλλες ουσίες (βλ. 3.4.1.2., 3.4.1.3. και 3.4.1.4.) και η χορήγηση άλλων φαρμάκων.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΓΚΥΟΥ ΧΡΗΣΤΡΙΑΣ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ	
Υποκατάσταση με αγωνιστή οπιοειδών υποδοχέων - Άμεση παραπομπή της εγκύου σε Μονάδα Υποκατάστασης ΟΚΑΝΑ (www.ektepn.gr/Odigos-Ypiresion-Exartiseon) - Υποκατάσταση με αγωνιστή οπιοειδών υποδοχέων, μεγάλου χρόνου ημίσειας ζωής, κατά προτίμηση βουπρενορφίνη - Σταθεροποίηση σε επαρκή δοσολογία - Αποφυγή παράλληλης χρήσης με άλλες ουσίες (ηρωίνη, βενζοδιαζεπίνες, αλκοόλ, κοκαΐνη) - Μπορεί να απαιτηθεί αύξηση της δόσης με την πρόοδο της εγκυμοσύνης - Δεν ενδείκνυται η αλλαγή αγωνιστή οπιοειδών υποδοχέων - Ψυχοθεραπευτικές-κοινωνικές παρεμβάσεις	Αποτοξίνωση - Εφικτή μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις στο 2ο τρίμηνο κύησης - Συνθήκη μονάδας σωματικής αποτοξίνωσης εσωτερικής παραμονής (www.ektepn.gr/Odigos-Ypiresion-Exartiseon) - Υποκατάσταση με βουπρενορφίνη σε επαρκή δοσολογία - Πάρα πολύ αργή μείωση μέχρι τελικής διακοπής (1 μήνας) - Αποφυγή χορήγησης άλλων φαρμάκων - Ψυχοθεραπευτικές-κοινωνικές παρεμβάσεις

3.4.1.2. Έγκυες χρήστριες βενζοδιαζεπινών και φαρμάκων ομάδας Z

Παλαιότερα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν την υποψία δημιουργίας συγγενών ανωμαλιών στο έμβρυο, χωρίς όμως ξεκάθαρα και σαφή συμπεράσματα. Πρόσφατες έρευνες με καλύτερη μεθοδολογία υποδηλώνουν ασφάλεια. Υπάρχει όμως ακόμα ανάγκη για περισσότερα δεδομένα.

Η έγκυος χρήστρια βενζοδιαζεπινών ή/και και φαρμάκων ομάδας Z πρέπει να διακόψει τη χρήση στην κύηση. Η υποκατάσταση με βενζοδιαζεπίνη μεγάλου χρόνου ημίσειας ζωής (κατά προτίμηση χλωροδιαζεποξείδιο, διαζεπάμη ή κλοναζεπάμη) ή λοραζεπάμη σε επαρκή δοσολογία παραμένει η θεραπεία εκλογής λόγω του σχετικά ασφαλούς προφίλ, παρά τα προβλήματα που σχετίζονται με τη χορήγησή τους και τα πολύ λίγα διαθέσιμα δεδομένα για πιθανούς κινδύνους σε εγκύους. Συνιστάται πολύ αργή, σταδιακή μείωση μέχρι τελικής διακοπής (μέχρι και 1 μήνας). Δεν φαίνεται να υπάρχει σαφές πλεονέκτημα κάποιας βενζοδιαζεπίνης έναντι των άλλων. Άλλα GABA-εργικά φάρμακα δεν υπερτερούν λόγω παρόμοιου προφίλ.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΓΚΥΟΥ ΧΡΗΣΤΡΙΑΣ ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΩΝ

- Αναγνώριση εγκύων χρηστριών παράνομων ή νόμιμων/συνταγογραφούμενων βενζοδιαζεπινών
- **Αποτοξίνωση**
 - Συνθήκη μονάδας σωματικής αποτοξίνωσης εσωτερικής παραμονής (www.ektepn.gr/Odigos-Ypiresion-Exartiseon)
 - Υποκατάσταση με βενζοδιαζεπίνη μεγάλου χρόνου ημίσειας ζωής (χλωροδιαζεποξείδιο, διαζεπάμη ή κλοναζεπάμη) ή λοραζεπάμη σε επαρκή δοσολογία.
 - Αργή μείωση μέχρι τελικής διακοπής.
 - Αποφυγή χορήγησης άλλων φαρμάκων
- Ψυχοθεραπευτικές-κοινωνικές παρεμβάσεις
- Σε περίπτωση παράλληλης χρήσης οπιοειδών: άμεση παραπομπή σε μονάδα ΟΚΑΝΑ (www.ektepn.gr/Odigos-Ypiresion-Exartiseon), υποκατάσταση με αγωνιστή οπιοειδών υποδοχέων μεγάλου χρόνου ημίσειας ζωής, κατά προτίμηση με βουπρενορφίνη (Βλ. 3.4.1.1).

3.4.1.3. Έγκυες χρήστριες αλκοόλ

Συστήνεται η πλήρης αποχή από το αλκοόλ κατά την κύηση κυρίως λόγω πρόκλησης συγγενών ανωμαλιών, 'εμβρυικού συνδρόμου από το αλκοόλ'. Παρ' όλο που αρκετές έγκυες κάνουν χρήση αλκοόλ, ιδιαίτερα το 1^ο τρίμηνο, πολύ λίγες πληρούν τα κριτήρια εξάρτησης.

Φάρμακα, τα οποία μετριάζουν την κατανάλωση αλκοόλ (ναλοξόνη, κλπ) δεν συνιστώνται.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΓΚΥΟΥ ΧΡΗΣΤΡΙΑΣ ΑΛΚΟΟΛ

- Αναγνώριση εγκύων, χρηστριών αλκοόλ (ερωτηματολόγια CAGE, AUDIT) (Βλ. Παράρτημα, σελ. 69)
- **Αποτοξίνωση**
 - Συνθήκη μονάδας σωματικής αποτοξίνωσης εσωτερικής παραμονής (www.ektepn.gr/Odigos-Ypiresion-Exartiseon)
 - Χορήγηση βιταμίνης θειαμίνης Β1 και συμπλέγματος Β
 - Υποκατάσταση με βενζοδιαζεπίνη μεγάλου χρόνου ημίσειας ζωής (χλωροδιαζεποξείδιο ή διαζεπάμη) ή λοραζεπάμη σε επαρκή δοσολογία.
 - Μείωση μέχρι τελικής διακοπής.
 - Αποφυγή χορήγησης άλλων φαρμάκων
- Σε περίπτωση παράλληλης χρήσης οπιοειδών: άμεση παραπομπή σε μονάδα ΟΚΑΝΑ (www.ektepn.gr/Odigos-Ypiresion-Exartiseon), υποκατάσταση με αγωνιστή οπιοειδών υποδοχέων μεγάλου χρόνου ημίσειας ζωής, κατά προτίμηση με βουπρενορφίνη (Βλ. 3.4.1.1).
- Ψυχοθεραπευτικές-κοινωνικές παρεμβάσεις

3.4.1.4. Έγκυες χρήστριες κοκαΐνης, αμφεταμινών, καθινονών, ψευδαισθησιογόνων και άλλων διεγερτικών

- Συστήνεται η πλήρης αποχή κατά την κύηση.
- Πρόκληση συγγενών ανωμαλιών.
- Η συμπαθητικομιμητική, αντιχολινεργική και ντοπαμινεργική δράση προκαλεί αύξηση των ζωτικών λειτουργιών και κίνδυνο επιπλοκών για το έμβρυο.

- Λόγω ήπιου και μη επικίνδυνου στερητικού συνδρόμου μπορεί να γίνει άμεση διακοπή χωρίς φαρμακευτική υποστήριξη.
- Συνιστάται ψυχοθεραπευτική-κοινωνική υποστήριξη.

3.4.2. ΤΟΚΕΤΟΣ

(Βλ. Διάγραμμα 3Bi, σελ. 88)

Ο τοκετός πρέπει να διενεργείται με καισαρική επέμβαση με στόχο την πρόληψη της κάθετης μετάδοσης μολυσματικών νόσων.

Εάν η επίτοκος είναι HIV (+) χορηγείται κατά τη διάρκεια του τοκετού, και στη συνέχεια, αλλά ΚΑΙ στο νεογνό, αντιρετροϊκή αγωγή για την πρόληψη της κάθετης μετάδοσης του νοσήματος. Ακολουθούνται οι εκάστοτε οδηγίες πρόληψης της κάθετης μετάδοσης του νοσήματος.

3.4.2.1. Επίτοκοι χρήστριες οπιοειδών

(Βλ. Διάγραμμα 3Bii, σελ. 89)

Αν η επίτοκος βρισκόταν σε υποκατάσταση από μονάδα ΟΚΑΝΑ κατά την κύηση συνιστάται (τόσο από τη κλινική εμπειρία, όσο και από τη βιβλιογραφία) η συνέχιση χορήγησης των αγωνιστών οπιοειδών κατά τον τοκετό για αποφυγή στερητικού συνδρόμου.

Αν η επίτοκος είναι χρήστρια παράνομων ή μη οπιοειδών και δεν λάμβανε υποκατάσταση από μονάδα ΟΚΑΝΑ κατά την κύηση, θα πρέπει να γίνει διερεύνηση: ποια ή ποιες ουσίες χρησιμοποίησε, σε τι ποσότητα έγινε η τελευταία χρήση, πότε έγινε η τελευταία χρήση, ποια είναι η μέση δοσολογία τελευταίου μήνα; Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία, την κλινική εικόνα και την αυτοαναφορά της επιτόκου (παρουσία ή όχι συμπτωμάτων στερητικού, επικείμενη έναρξη εμφάνισης στερητικού συνδρόμου, ανταπόκριση στη χορήγηση οπιοειδούς) θα πρέπει να συνεκτιμηθεί η ανάγκη χορήγησης άλλου οπιοειδούς για την αντιμετώπιση στερητικού συνδρόμου. Καλύτερα να χορηγούνται χαμηλότερες από τις ισοδύναμες δόσεις και να γίνεται επαναχορήγηση σε συνεργασία με την επίτοκο και μετά από αξιολόγηση της ανταπόκρισης. Σε περίπτωση χρήσης και βενζοδιαζεπινών θα αντιμετωπιστούν ταυτόχρονα και τα δύο στερητικά σύνδρομα (Βλ. 3.2.2. και 3.3.2.).

Αντιμετώπιση πόνου κατά τον τοκετό (Βλ. 5.3.): οι περισσότεροι εξαρτημένοι ασθενείς χρειάζονται, κατά κανόνα, μεγαλύτερες των συνηθισμένων δόσεων οπιοειδών για αναλγησία λόγω της ανοχής. Απαιτείται εξατομικευμένη διαχείριση πόνου και συνεργασία μεταξύ αναισθησιολόγου και επιτόκου για την επιλογή της αναλγησίας, αν είναι εφικτό προγραμματισμένα, πολύ πριν από τον τοκετό. Πολλές φορές η λεπτομερής κατατόπιση και οι ξεκάθαρες διευκρινήσεις, μαζί με διαβεβαίωση ότι ο πόνος θα αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, μειώνουν το στρες και τις απαιτήσεις σε οπιοειδή αναλγητικά.

Η δόση συντήρησης του υποκαταστάτου, το οποίο λαμβάνεται κατά την κύηση, είναι συνήθως ανεπαρκής για τη διαχείριση του πόνου κατά τον τοκετό. Το φαρμακοκινητικό προφίλ της βουπρενορφίνης, υπεύθυνο για την ασφάλεια στη χορήγηση της (χαμηλή ισχύς στους υποδοχείς αλλά μεγάλη χημική συγγένεια και δράση ανταγωνιστή σε υψηλές δόσεις), έχει σαν αποτέλεσμα μικρή αναλγητική δράση και παρεμπόδιση σύνδεσης άλλων αναλγητικών με τους υποδοχείς, ανάλογα με τη σχετική συγγένεια των ουσιών με τους υποδοχείς.

Σε περίπτωση πιθανότητας καισαρικής με ολική αναισθησία η μεθαδόνη μπορεί να χορηγηθεί σε διαιρεμένες δόσεις. Η τελευταία δόση μεθαδόνης όπως και η χορήγηση βουπρενορφίνης μπορούν να αναβληθούν μέχρι την εμφάνιση αρχόμενων συμπτωμάτων στερητικού συνδρόμου.

Σε επίτοκους χρήστριες παράνομων και μη οπιοειδών: θα χορηγηθούν αναλγητικά (οπιοειδή και μη), όπως σε μη εξαρτημένες επιτόκους, σε μεγαλύτερες δόσεις σε συνάρτηση με την ουσία/ες, την ποσότητα και τον χρόνο της τελευταίας χρήσης της επιτόκου.

Η επισκληρίδιος αναλγησία μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματική σε επιτόκους σε υποκατάσταση με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη, αλλά και σε χρήστριες παράνομων ουσιών, τόσο για φυσιολογικό τοκετό με αναλγησία, όσο και για καισαρική.

3.4.2.2. Επίτοκοι χρήστριες βενζοδιαζεπινών και ομάδας Z

(Βλ. Διάγραμμα 3βι, σελ. 88)

Σε επίτοκο χρήστρια βενζοδιαζεπινών, η οποία δεν διέκοψε την χρήση κατά την κύηση, θα πρέπει να γίνει διερεύνηση: ποια ή ποιες ουσίες χρησιμοποίησε, σε τι ποσότητα έγινε η τελευταία χρήση, πότε έγινε η τελευταία χρήση, ποια είναι η μέση δοσολογία τελευταίου μήνα; Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία, την κλινική εικόνα και την αυτοαναφορά της επιτόκου (παρουσία ή όχι συμπτωμάτων στερητικού, επικείμενη έναρξη εμφάνισης στερητικού συνδρόμου) θα πρέπει να συνεκτιμηθεί η χορήγηση βενζοδιαζεπίνης μεγάλου χρόνου ημίσειας ζωής (χλωροδιαζεποξείδιο ή διαζεπάμη) για την αντιμετώπιση στερητικού συνδρόμου και την πρόληψη επιληπτικών κρίσεων. Σε περίπτωση χρήσης και οπιοειδών θα αντιμετωπιστούν ταυτόχρονα και τα δύο στερητικά σύνδρομα (Βλ. 3.2.2. και 3.3.2.).

Η ανοχή στις βενζοδιαζεπίνες και η πιθανή παράλληλη χρήση οπιοειδών (Βλ. 3.4.1.1.). θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τον φυσιολογικό τοκετό ή την καισαρική με επισκληρίδιο αναλγησία ή ολική αναισθησία (Βλ. 5.3.).

3.4.2.3. Επίτοκοι χρήστριες αλκοόλ

(Βλ. Διάγραμμα 3βι, σελ. 88)

Σε επίτοκο χρήστρια αλκοόλ θα πρέπει να γίνει διερεύνηση: σε τι ποσότητα έγινε η τελευταία χρήση, πότε έγινε η τελευταία χρήση, ποια είναι η μέση δοσολογία τελευταίου μήνα, ιστορικό τρομώδους παραληρήματος; Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία, την κλινική εικόνα και την αυτοαναφορά της επιτόκου (παρουσία ή όχι συμπτωμάτων στερητικού, επικείμενη έναρξη εμφάνισης στερητικού συνδρόμου) θα πρέπει να συνεκτιμηθεί η άμεση χορήγηση βιταμίνης Β1 (θειαμίνης) και συμπλέγματος Βιταμινών Β, όπως και η χορήγηση βενζοδιαζεπίνης μεγάλου χρόνου ημίσειας ζωής (χλωροδιαζεποξείδιο ή διαζεπάμη) για την αντιμετώπιση στερητικού συνδρόμου και την πρόληψη επιληπτικών κρίσεων (Βλ. 3.3.2.4.). Σε περίπτωση χρήσης και οπιοειδών θα αντιμετωπιστούν ταυτόχρονα και τα δύο στερητικά σύνδρομα (Βλ. 3.2.2. και 3.3.2.).

Η διασταυρούμενη ανοχή στις βενζοδιαζεπίνες και η πιθανή παράλληλη χρήση βενζοδιαζεπινών ή/και οπιοειδών (Βλ. 3.4.1.1.). θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τον φυσιολογικό τοκετό ή την καισαρική με επισκληρίδια αναλγησία ή ολική αναισθησία (Βλ. 5.3.).

3.4.2.4. Επίτοκοι χρήστριες κοκαΐνης, αμφεταμινών, καθινονών, ψευδαισθησιογόνων και άλλων διεγερτικών

(Βλ. Διάγραμμα 3βι, σελ. 88)

Σε επίτοκο χρήστρια διεγερτικών ουσιών θα πρέπει να γίνει διερεύνηση: ποια ή ποιες ουσίες χρησιμοποίησε, σε τι ποσότητα έγινε η τελευταία χρήση, πότε έγινε η τελευταία χρήση, ποια είναι η μέση δοσολογία τελευταίου μήνα; Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία, την κλινική εικόνα δηλαδή και την αυτοαναφορά της επιτόκου, θα πρέπει να συνεκτιμηθεί η αντιμετώπιση πιθανών καρδιαγγειακών επιπλοκών (Βλ. 3.3.2.).

Η πιθανή παράλληλη χρήση οπιοειδών ή/και βενζοδιαζεπινών και οι επιπλοκές από την ανοχή και τα επικείμενα στερητικά σύνδρομα (Βλ. 3.2.2., 3.3.2. και 3.4.1.1.). θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τον φυσιολογικό τοκετό ή την καισαρική με επισκληρίδια αναλγησία ή ολική αναισθησία, την λοχεία και τον θηλασμό (Βλ. 5.3.).

Τοκετός

Ακολουθούνται οι οδηγίες πρόληψης κάθετης μετάδοσης μολυσματικών νόσων.

Σε επίτοκο HIV (+) χορηγείται κατά τη διάρκεια του τοκετού, και στη συνέχεια και στο νεογνό, αντιρετροϊκή αγωγή.

Επίτοκος χρήστρια οπιοειδών

Επίτοκος σε υποκατάσταση από Μονάδα ΟΚΑΝΑ, με προϋπάρχουσα γυναικολογική παρακολούθηση ή μη

Επίτοκος χρήστρια παράνομων και μη οπιοειδών με προϋπάρχουσα γυναικολογική παρακολούθηση ή μη

Συνέχιση χορήγησης αγωνιστών οπιοειδών

Διερεύνηση:

- Ποια ή ποιες ουσίες χρησιμοποίησε;
- Σε τι ποσότητα έγινε η τελευταία χρήση;
- Πότε έγινε η τελευταία χρήση;
- Μέση δοσολογία τελευταίου μήνα

Εξατομικευμένη συνεκτίμηση χορήγησης άλλου οπιοειδούς για την αντιμετώπιση στερητικού συνδρόμου ανάλογα με την κλινική εικόνα και την αυτοαναφορά της επιτόκου, σε χαμηλότερες από τις ισοδύναμες δόσεις. Αξιολόγηση της ανταπόκρισης και επαναχορήγηση.

Εξατομικευμένη διαχείριση πόνου και συνεργασία μεταξύ γιατρού και επιτόκου, αν είναι εφικτό, πολύ πριν από τον τοκετό. Συνήθως απαιτούνται μεγαλύτερες δόσεις αναλγητικών.

Συνιστάται επισκληρίδιος αναλγησία τόσο για φυσιολογικό τοκετό με αναλγησία, όσο και για καισαρική.

Η δόση συντήρησης του υποκαταστάτου, το οποίο λαμβάνεται κατά την κύηση, είναι συνήθως ανεπαρκής για τη διαχείριση του πόνου κατά τον τοκετό.

Σε καισαρική με ολική αναισθησία: χορήγηση μεθαδόνης σε διαιρεμένες δόσεις. Η τελευταία δόση μεθαδόνης όπως και η χορήγηση βουπρενορφίνης μπορούν να αναβληθούν μέχρι την εμφάνιση συμπτωμάτων στερητικού συνδρόμου.

Θα χορηγηθούν αναλγητικά (οπιοειδή και μη), όπως σε μη εξαρτημένες επιτόκους, σε μεγαλύτερες δόσεις σε συνάρτηση με την ουσία/ες, την ποσότητα και τον χρόνο της τελευταίας χρήσης της επιτόκου.

Επίτοκος χρήστρια βενζοδιαζεπινών ή/και αλκοόλ

Διερεύνηση:

- Ποια ή ποιες ουσίες χρησιμοποίησε;
- Σε τι ποσότητα έγινε η τελευταία χρήση;
- Πότε έγινε η τελευταία χρήση;
- Μέση δοσολογία τελευταίου μήνα
- Ιστορικό τρομώδους παραληρήματος

Εξατομικευμένη συνεκτίμηση άμεσης χορήγησης βιταμίνης Β1 (θειαμίνης) και συμπλέγματος Βιταμινών Β όπως και βενζοδιαζεπίνης μεγάλου χρόνου ημίσειας ζωής (χλωροδιαζεποξείδιο ή διαζεπάμη) για την αντιμετώπιση στερητικού συνδρόμου και την πρόληψη επιληπτικών κρίσεων ανάλογα με την κλινική εικόνα και την αυτοαναφορά της επιτόκου. Προσοχή στην (δισταυρούμενη) ανοχή στις βενζοδιαζεπίνες και στη πιθανή παράλληλη χρήση οπιοειδών.

Επίτοκος χρήστρια διεγερτικών ουσιών**Διερεύνηση:**

- Ποια ή ποιες ουσίες χρησιμοποίησε;
- Σε τι ποσότητα έγινε η τελευταία χρήση;
- Πότε έγινε η τελευταία χρήση;
- Μέση δοσολογία τελευταίου μήνα

Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία, την κλινική εικόνα και την αυτοαναφορά της επιτόκου θα πρέπει να συνεκτιμηθεί η αντιμετώπιση πιθανών καρδιαγγειακών επιπλοκών (Βλ. 3.3.2.).

Προσοχή για πιθανή παράλληλη χρήση οπιοειδών ή/και βενζοδιαζεπινών και τις επιπλοκές από την ανοχή και τα επικείμενα στερητικά σύνδρομα .

3.4.3. ΠΡΩΙΜΗ ΛΟΧΕΙΑ-ΛΟΧΕΙΑ

(Βλ. Διάγραμμα 3γ, σελ. 90)

3.4.3.1. Λεχωίδες χρήστριες οπιοειδών

Αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου νεογνού μετά τον τοκετό (NAS). Εύκολα αναγνωρίσιμο και θεραπεύσιμο. Δεν φαίνεται να σχετίζεται η βαρύτητα του με την αύξηση της δόσης αγωνιστή οπιοειδών υποδοχέων κατά την εγκυμοσύνη.

Συνέχιση χορήγησης του υποκαταστάτου (βουπρενορφίνη ή μεθαδόνη) στη λεχωίδα μετά τον τοκετό.

Αν η μητέρα είναι χρήστρια παράνομων ή μη οπιοειδών και δεν λάμβανε υποκατάσταση από μονάδα ΟΚΑΝΑ κατά την κύηση, θα πρέπει να αντιμετωπιστεί η εμφάνιση στερητικού συνδρόμου (Βλ. 3.2.2.) και στη συνέχεια να παραπεμφθεί σε Μονάδα ΟΚΑΝΑ για υποκατάσταση με αγωνιστή οπιοειδών υποδοχέων (βουπρενορφίνη) (www.ektepn.gr/Odigos-Ypiresion-Exartiseon).

Διαχείριση πόνου στην πρώιμη επιλόχεια φάση (Βλ. 5.3.):

- Λεχωίδες σε υποκατάσταση με βουπρενορφίνη: σε ήπιο πόνο κατά προτίμηση μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ή παρακεταμόλη. Σε μεγαλύτερο πόνο, ειδικά μετά από καισαρική, μπορεί να προστεθεί οπιοειδές. Μετά από καισαρική δεν φαίνεται να απαιτούνται μεγαλύτερες δόσεις από εκείνες σε μη εξαρτημένες λεχωίδες. Μετά από φυσιολογικό τοκετό μπορεί οι απαιτούμενες δόσεις να είναι μικρότερες από ό,τι σε μη εξαρτημένες λεχωίδες.
- Λεχωίδες σε υποκατάσταση με μεθαδόνη: κατά προτίμηση συνδυασμός μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών, παρακεταμόλης και οπιοειδούς. Μετά από καισαρική πιθανόν να απαιτηθούν δόσεις μεγαλύτερες έως και 70% σε σχέση με τις δόσεις μη εξαρτημένων λεχωίδων. Μετά από φυσιολογικό τοκετό οι απαιτούμενες δόσεις είναι συνήθως εντός παρόμοιου εύρους με αυτές μη εξαρτημένων λεχωίδων.
- Σε λεχωίδες χρήστριες παράνομων και μη οπιοειδών: θα χορηγηθούν αναλγητικά (οπιοειδή και μη), όπως σε μη εξαρτημένες λεχωίδες, σε μεγαλύτερες δόσεις σε συνάρτηση με την ουσία/ες, την ποσότητα και τον χρόνο της τελευταίας χρήσης της λεχωίδας.

Συνιστάται συνέχιση υποκατάστασης σε όλη τη λοχεία σε παρόμοια επίπεδα αυτών πριν την εγκυμοσύνη. Πολλές γυναίκες όμως επιθυμούν να διακόψουν θεωρώντας ότι αυτό είναι προς όφελος του νεογνού. Θα πρέπει να αποθαρρύνονται και να τους υπενθυμίζεται η πιθανότητα υποτροπής κατά την σταδιακή διακοπή και οι ψυχοπαιδικές συνέπειες της μητρότητας σε αυτό το στάδιο. Η μεθαδόνη φαίνεται να επαρκεί στη μισή δόση από αυτήν του 3^{ου} τριμήνου.

3.4.3.2. Λεχωίδες χρήστριες βενζοδιαζεπινών, ομάδας Z, αλκοόλ

Η χορήγηση βενζοδιαζεπινών θα συνεχιστεί και μετά τον τοκετό για αρκετές μέρες με σταδιακή μείωση μέχρι τελικής διακοπής για αποφυγή στερητικού και πρόληψη επιληπτικών κρίσεων.

Πρώιμη λοχεία – Λοχεία	
Λεχωίδες χρήστριες οπιοειδών	
Λεχωίδα σε υποκατάσταση από Μονάδα OKANA	Λεχωίδα χρήστρια παράνομων και μη οπιοειδών
Αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου νεογνού μετά τον τοκετό.	
Συνέχιση χορήγησης του υποκαταστάτου.	Αντιμετώπιση εμφάνισης στερητικού συνδρόμου. Παραπομπή σε Μονάδα OKANA (www.ektepn.gr/Odigos-Ypiresion-Exartiseon) και υποκατάσταση με αγωνιστή οπιοειδών υποδοχέων (βουπρενορφίνη). Αποφυγή παράλληλης χρήσης με άλλες ουσίες.

Εξατομικευμένη διαχείριση πόνου και συνεργασία μεταξύ γιατρού και λεχωίδας

Λεχωίδες σε υποκατάσταση με βουπρενορφίνη: σε ήπιο πόνο μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ή παρακεταμόλη. Σε μεγαλύτερο πόνο μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ή παρακεταμόλη + οπιοειδές. Μετά από καισαρική: ίσες δόσεις με αυτές σε μη εξαρτημένες λεχωίδες. Μετά από φυσιολογικό τοκετό: $\leq$ δόσεις από ό,τι σε μη εξαρτημένες λεχωίδες.

Λεχωίδες σε υποκατάσταση με μεθαδόνη: συνδυασμός μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών + παρακεταμόλης + οπιοειδούς. Μετά από καισαρική: δόσεις > έως και 70% σε σχέση με τις δόσεις μη εξαρτημένων λεχωίδων. Μετά από φυσιολογικό τοκετό: δόσεις = με αυτές μη εξαρτημένων λεχωίδων.

Συνιστάται συνέχιση υποκατάστασης σε όλη τη λοχεία σε παρόμοια επίπεδα αυτών πριν την εγκυμοσύνη.

Θα χορηγηθούν αναλγητικά (οπιοειδή και μη), όπως σε μη εξαρτημένες λεχωίδες, σε μεγαλύτερες δόσεις σε συνάρτηση με την ουσία/ες, την ποσότητα και τον χρόνο της τελευταίας χρήσης της λεχωίδας.

3.4.4. ΘΗΛΑΣΜΟΣ

(Βλ. Διάγραμμα 3δ, σελ. 91)

3.4.4.1. Θηλάζουσες χρήστριες οπιοειδών

Ο θηλασμός από λεχωίδα σε σταθερή υποκατάσταση (βουπρενορφίνη και μεθαδόνη) και παρακολούθηση, χωρίς παράλληλη χρήση άλλων ουσιών, θεωρείται ότι παρουσιάζει όφελος για το νεογνό και πρέπει να ενθαρρύνεται η λεχωίδα να θηλάζει (ποσότητες υποκαταστάτου περνούν στο γάλα και ανακουφίζουν από το στερητικό σύνδρομο νεογνού, NAS). Ο θηλασμός από μητέρα σε υποκατάσταση με μεθαδόνη σχετίζεται με ηπιότερο σύνδρομο στέρησης νεογνού. Η ποσότητα μεθαδόνης στο μητρικό γάλα φαίνεται να είναι σε χαμηλά επίπεδα (21 to 314 ng/mL) και δεν είναι σε αναλογία με τη μητρική δόση. Ο θηλασμός από μητέρα σε υποκατάσταση με βουπρενορφίνη δεν φαίνεται να

έχει κάποια επίδραση στο στερτητικό σύνδρομο νεογνού λόγω της πολύ χαμηλής από του στόματος βιοδιαθεσιμότητάς της. Υπολογίζεται ότι το βρέφος εκτίθεται μόνο στο 1/5 έως 1/10 της συνολικής ποσότητας βουπρενορφίνης που λαμβάνει η μητέρα.

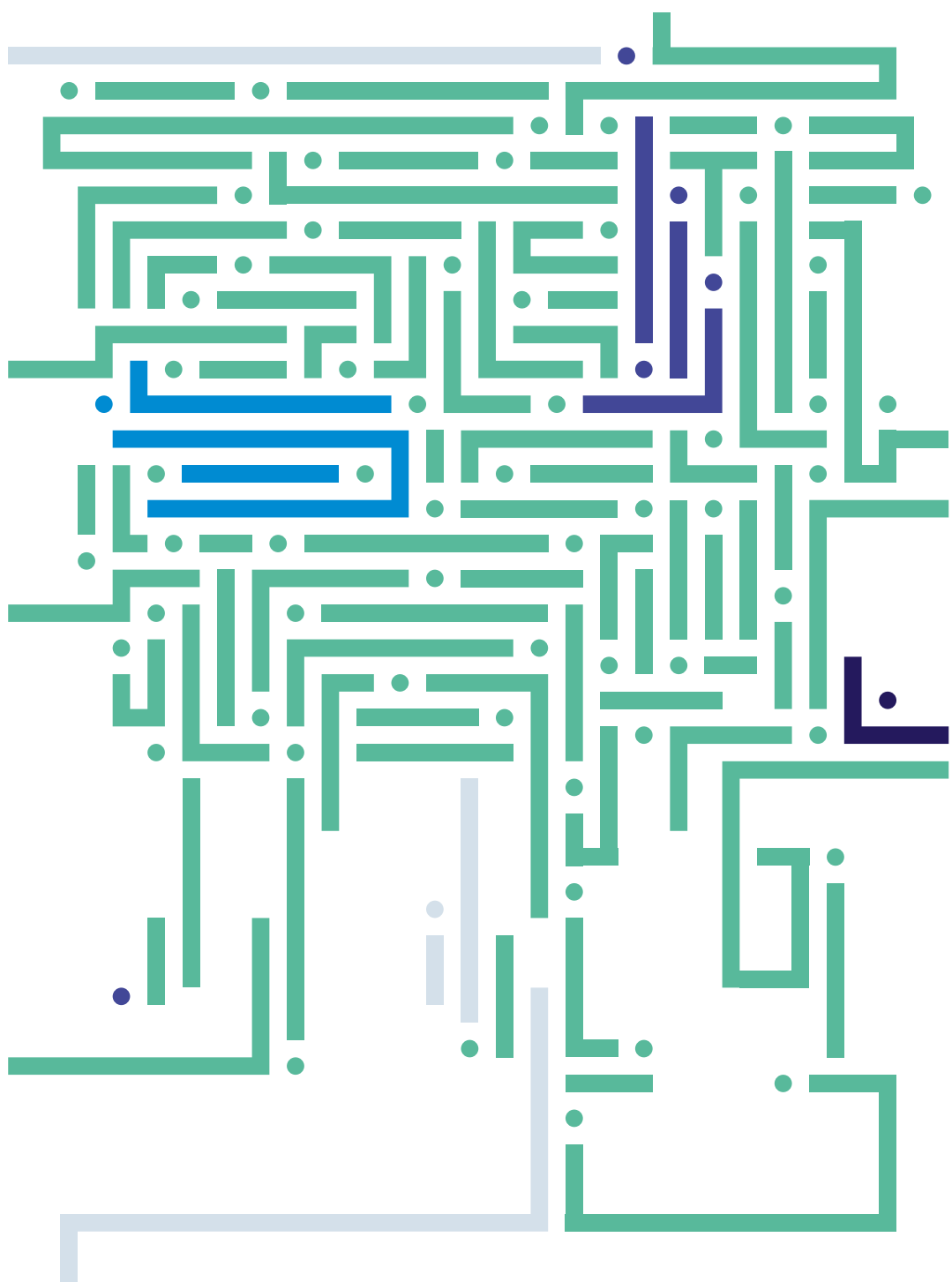
Αντενδείξεις για θηλασμό: μητέρα HIV (+), χρήση παράνομων και μη ουσιών, χρήση αλκοόλ. Η ηπατίτιδα C στη μητέρα δεν αποτελεί αντένδειξη για θηλασμό.

Σε περίπτωση επιθυμίας ή ανάγκης διακοπής θηλασμού ο κίνδυνος του στερτητικού συνδρόμου νεογνού θα πρέπει να συνεκτιμάται εξατομικευμένα. Υπάρχουν αναφορές για εμφάνιση στερτητικού στο βρέφος σε απότομο απογαλακτισμό. Συνιστάται σταδιακός απογαλακτισμός.

3.4.4.2. Θηλάζουσες χρήστριες βενζοδιαζεπινών, ομάδας Z, αλκοόλ

Ο θηλασμός αντενδείκνυται όσο η μητέρα λαμβάνει βενζοδιαζεπίνες.

Θηλασμός	
Αντενδείξεις για θηλασμό: μητέρα HIV (+), χρήση παράνομων και μη ουσιών (βενζοδιαζεπίνες, αλκοόλ). Η ηπατίτιδα C στη μητέρα δεν αποτελεί αντένδειξη για θηλασμό.	
Θηλάζουσες χρήστριες οπιοειδών	
Θηλάζουσα σε υποκατάσταση από Μονάδα ΟΚΑ-ΝΑ	Θηλάζουσα χρήστρια παράνομων και μη οπιοειδών
Ασφαλής ο θηλασμός από λεχώρα σε σταθερή υποκατάσταση και παρακολούθηση. Ενθαρρύνεται η συνέχιση της υποκατάστασης.	Αντενδείκνυται ο θηλασμός
Σε περίπτωση επιθυμίας ή ανάγκης διακοπής θηλασμού συνιστάται σταδιακός απογαλακτισμός με εξατομικευμένη συνεκτίμηση του κινδύνου στερτητικού συνδρόμου νεογνού.	



4. ΤΟΞΙΚΩΣΗ, ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑ

4.1. Γενικές αρχές διάγνωσης και αντιμετώπισης

(Βλ. Διάγραμμα 4α, σελ. 92)

Τοξίκωση είναι η κλινική εικόνα που ακολουθεί τη χρήση μιας ψυχοδραστικής ουσίας με αλλοιώσεις των ψυχικών λειτουργιών και της συμπεριφοράς.

Η παράλληλη χρήση δύο ή περισσότερων ουσιών (πολυτοξικομανία) αποτελεί εξαιρετικά συχνό φαινόμενο, τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς. Ιδιαίτερα η ταυτόχρονη λήψη οπιοειδών και βενζοδιαζεπινών, και μάλιστα σε μεγάλες ποσότητες, είναι πολύ συχνή στον πληθυσμό των εξαρτημένων στην Ελλάδα.

Συγκεκριμένοι συνδυασμοί ουσιών πολλαπλασιάζουν την πιθανότητα και τη βαρύτητα της τοξίκωσης: π.χ. ταυτόχρονη λήψη οπιοειδών, βενζοδιαζεπινών και αλκοόλ.

Υπερδοσολογία είναι η κλινική επίπτωση της τοξικής ποσότητας μιας ουσίας, σε υπέρβαση δόσης ικανής να προκαλέσει ακόμα και θάνατο.

Υπερδοσολογία μπορεί να προκύψει αιφνίδια ή βαθμιαία, με πρόθεση ή τυχαία, από νόμιμες ή παράνομες ουσίες, από ουσίες που χρησιμοποιούνται ως φάρμακα ή όχι, από εξαρτησιογόνες ή μη ουσίες και μπορεί να προκαλέσει παροδικά ή μόνιμα αποτελέσματα ή και θάνατο.

Η συμπτωματολογία με την οποία παρουσιάζεται η υπερδοσολογία εξαρτάται, όπως είναι αναμενόμενο, από τη δράση της ουσίας που έχει ληφθεί, επηρεάζεται όμως σημαντικά από την ποσότητα, την οδό λήψης και από τη συνέργεια με άλλες ουσίες, που έχουν ληφθεί παράλληλα.

Η συμπτωματολογία της υπερδοσολογίας από διάφορες ουσίες ποικίλλει και είναι δυνατόν να εμπλέκει όλα τα συστήματα, ωστόσο για την αξιολόγηση του κινδύνου σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα παθολογικά φαινόμενα από το ΚΝΣ, το αναπνευστικό, το καρδιαγγειακό σύστημα και τις ψυχικές λειτουργίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9.
ΣΥΧΝΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

	Οπιοειδή (άμεσα μέχρι και 1-3 ώρες αργότερα)	Βενζοδιαζεπίνες (μέσα σε 1-3 ώρες)	Αλκοόλ (αύξηση της συγκέντρωσης στο αίμα μετά από γρήγορη κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων)	Κοκαΐνη (άμεσα)
Μη φυσιολογικό εύρος κόρης	Μύση → κόρες μη αντιδρώσες στο φώς			Μυδρίαση → κόρες μη αντιδρώσες στο φώς

ΠΙΝΑΚΑΣ 9.
ΣΥΧΝΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

	Οπιοειδή (άμεσα μέχρι και 1-3 ώρες αργότερα)	Βενζοδιαζεπίνες (μέσα σε 1-3 ώρες)	Αλκοόλ (αύξηση της συγκέντρωσης στο αίμα μετά από γρήγορη κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων)	Κοκαΐνη (άμεσα)
Αναπνευστική δυσχέρεια	Αναπνευστική καταστολή κεντρικής αιτιολογίας → αναπνευστική καταστολή → Βραδύπνοια → μη καρδιογενές πνευμονικό οίδημα Παρόξυνση άσθματος	Αναπνευστική καταστολή (σπάνια, μόνο σε σοβαρές περιπτώσεις ή σε ταυτόχρονη χρήση αλκοόλ ή/και οπιοειδών)	Αναπνευστική καταστολή	Ταχύπνοια Παρόξυνση άσθματος Θωρακαλγία Αιμόπτυση Πνευμονική αιμορραγία Βαροτραύμα
Επίπεδο συνείδησης	Σε εγρήγορη αλλά δεν μπορεί να μιλήσει → Πτώση επιπέδου συνείδησης → δεν αντιδρά σε ερεθίσματα → Κώμα	Υπνηλία → σύγχυση, αποπροσανατολι- σμός → πτώση επιπέδου συνείδησης → δεν αντιδρά σε ερεθίσματα → Κώμα	Υπνηλία → σύγχυση, αποπροσανατολι- σμός → πτώση επιπέδου συνείδησης → δεν αντιδρά σε ερεθίσματα → Κώμα	
Καρδιαγγειακό- σύστημα	Βραδυκαρδία + πνευμονικό οίδημα → καρδιακή ανακοπή → ασφυγμία	Βραδυκαρδία → υπόταση → καρδιακή ανακοπή	Βραδυκαρδία → υπόταση → καρδιακή ανακοπή	Ταχυκαρδία → ταχυαρρυθμία → εγκεφαλικά έμβολα → ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια. Αγγειοσύσπαση → υπέρταση → αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια. Προκάρδιο άλγος Καρδιακή ανακοπή
ΚΝΣ		Αταξία	Αταξία	Επιληπτικές κρίσεις
Καταστολή του αναπνευστικού κέντρου	περιφερική/κεντρική κυάνωση	περιφερική/ κεντρική κυάνωση	περιφερική/κεντρική κυάνωση	
Γαστρεντερικό σύστημα	Έμετος → Εισρόφηση	Ναυτία και έμετος → Εισρόφηση	Ναυτία και Έμετος → Εισρόφηση	Ναυτία και Έμετος → Εισρόφηση
Μυϊκή λειτουργία	Μυϊκή υποτονία			Τρόμος Μυϊκοί σπασμοί και συσπάσεις

ΠΙΝΑΚΑΣ 9.
ΣΥΧΝΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

	Οπιοειδή (άμεσα μέχρι και 1-3 ώρες αργότερα)	Βενζοδιαζεπίνες (μέσα σε 1-3 ώρες)	Αλκοόλ (αύξηση της συγκέντρωσης στο αίμα μετά από γρήγορη κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων)	Κοκαΐνη (άμεσα)
Διαταραχές Θερμορύθμισης		Υποθερμία	Υποθερμία	Υπερθερμία Εφίδρωση
Διαταραχές Όρασης		Διπλωπία	Απώλεια όρασης, θάμβος όρασης, σκοτώματα οπτικών πεδίων	
Μεταβολικές διαταραχές			Υπογλυκαιμία	
Ψυχικές διαταραχές		Παράδοση αντίδραση (ανησυχία, άγχος). Παραλήρημα: ψυχοκινητική διέγερση, αντληπτικές διαταραχές (ακουστικές, οπτικές, απτικές ψευδαισθήσεις), διαταραχές σκέψεις (παραληρητικές, κυρίως παρανοϊκές ιδέες), σύγχυση, αποπροσανατολι- σμός.	Παραλήρημα: ψυχοκινητική διέγερση, αντληπτικές διαταραχές (ακουστικές, οπτικές, απτικές ψευδαισθήσεις), διαταραχές σκέψεις (παραληρητικές, κυρίως παρανοϊκές ιδέες), σύγχυση, αποπροσανατολι- σμός. Βίαιη ή επιθετική συμπεριφορά.	Παραλήρημα: ψυχοκινητική διέγερση, αντληπτικές διαταραχές (ακουστικές, οπτικές, απτικές ψευδαισθήσεις), διαταραχές σκέψεις (παραληρητικές, κυρίως παρανοϊκές ιδέες), σύγχυση, αποπροσανατολι- σμός. Βίαιη ή επιθετική συμπεριφορά.

Η πιθανότητα της τοξίκωσης από ουσίες πρέπει να εξετάζεται σε όλους τους ασθενείς, που μεταφέρονται σε κω-
ματώδη κατάσταση χωρίς άλλες πληροφορίες από το περιβάλλον ή/και το ιστορικό.

Όταν υπάρχει δυνατότητα λήψης ιστορικού, είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε από το περιβάλλον του, σημαντικές
πληροφορίες αφορούν την ουσία ή τις ουσίες που έχουν ληφθεί, τον τρόπο που έγινε η λήψη, την ώρα που έχει πε-
ράσει από τη στιγμή της λήψης και το ιστορικό της χρήσης και των παθήσεων που πιθανόν συνυπάρχουν. Παρ' όλα
αυτά, για την αξιολόγηση του κινδύνου μεγαλύτερη σημασία έχει η αξιολόγηση της κλινικής εικόνας του ασθενούς
και όχι οι πληροφορίες από το περιβάλλον ή από τον ίδιο τον ασθενή.

Γενικές αρχές αντιμετώπιση της υπερδοσολογίας

Συχνά αίτια ασθενούς σε κωματώδη κατάσταση στο δρόμο ή στα Επείγοντα: υπερβολική δόση από οπιοειδή/ βενζοδιαζεπίνες, υπογλυκαιμία, μετακριτική φάση επιληπτικής κρίσης, κρανιοεγκεφαλική κάκωση, υπο/υπερνατρίαemia, εγκεφαλικό επεισόδιο

- αξιολόγηση της κλινικής εικόνας
- πληροφορίες από συγγενείς και φίλους

➔ Άμεση αντιμετώπιση

- μέτρηση ζωτικών σημείων, έλεγχος επιπέδου συνείδησης και καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας
- θέση ανάνηψης: αποφυγή έκτασης της κεφαλής λόγω κινδύνου ύπαρξης κάκωσης νωτιαίου μυελού
- υποστήριξη αναπνευστικής λειτουργίας
 - εκτίμηση και εξασφάλιση βατότητας αεραγωγών: προσοχή κατά την τοποθέτηση ρινοφαρυγγικού αεραγωγού λόγω πιθανών βλαβών του ρινικού βλεννογόνου και του διαφράγματος από χρόνια κατάχρηση ουσιών ενδορινικά (κυρίως κοκαΐνης)
 - εκτίμηση και εξασφάλιση επάρκειας αερισμού: χορήγηση οξυγόνου
- τοποθέτηση ενδοφλέβιου καθετήρα και χορήγηση διαλύματος δεξτρόζης 5%
- άμεση χορήγηση ανταγωνιστών (ναλοξόνη, φλουμαζενίλη)

Η συνεκτίμηση των δεδομένων και η ανταπόκριση του ασθενούς στη χορήγηση ανταγωνιστών οδηγεί στην διάγνωση υπερδοσολογίας από ψυχοδραστικές ουσίες. Δεν ξεχνάμε:

- προσπάθεια διασαφήνισης: ποια ή ποιες ουσίες έχουν ληφθεί (φαρμακοκινητικό και φαρμακοδυναμικό προφίλ), σε τι ποσότητα, το χρονικό διάστημα που έχει περάσει, οδός χορήγησης.
- μπορεί να συνυπάρχουν άλλες οξείες ή χρόνιες παθήσεις (λοιμώδη νοσήματα, όπως ηπατίτιδες, φυματίωση, HIV/AIDS, αντιρροπούμενη ή μη κίρρωση ήπατος, χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια)
- μπορεί να έχει προκληθεί κρανιοεγκεφαλική κάκωση ή άλλος τραυματισμός λόγω ατυχήματος/πτώσης υπό την επήρεια
- μπορεί να έχει προκληθεί έμφραγμα μυοκαρδίου ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σε χρήστες κοκαΐνης
- μπορεί να έχει προκληθεί ραβδομυόλυση με κίνδυνο οξείας νεφρικής ανεπάρκειας από μυϊκή νέκρωση λόγω:
 - οξέος συνδρόμου διαμερίσματος λόγω πολύωρης πίεσης και ακινησίας στην ίδια θέση
 - έντονης ψυχοκινητικής διέγερσης ή/και υπερθερμίας
 - αντιμετώπισης της ψυχοκινητικής διέγερσης με μέτρα σωματικού περιορισμού/καθήλωσης
- μπορεί να έχει προκληθεί βλάβη σε πλέγματα ή/και περιφερικά νεύρα από οξύ σύνδρομο διαμερίσματος λόγω πολύωρης πίεσης και ακινησίας στην ίδια θέση
- μπορεί να συνυπάρχουν ή να εμφανιστούν ψυχιατρικές διαταραχές προκαλούμενες από τις ουσίες
- σε κάθε περίπτωση αμφιβολίας για τη δράση των συγκεκριμένων ουσιών και για την αναγκαιότητα χρήσης αντιδότων επιβάλλεται η επικοινωνία με το Κέντρο Δηλητηριάσεων (Τηλέφωνο: 210 7793777).

Ασφάλεια

- Απαραίτητη η εξασφάλιση ενός χώρου, που να εγγυάται την ασφάλεια του ασθενούς και του προσωπικού και να εξασφαλίζει την κατά το μέγιστο δυνατόν μείωση της ενόχλησης του ασθενούς από εξωτερικά ερεθίσματα. Είναι πιθανόν να εμφανιστεί απρόβλεπτη αλλαγή συμπεριφοράς του ασθενούς λόγω διαταραχών αντίληψης και σκέψης ή πρόκλησης οξέος στερητικού συνδρόμου από τη χορήγηση αντιδότη

Ο χρόνος παρακολούθησης μετά την εξασφάλιση της αρχικής αντιμετώπισης και η έξοδος του ασθενούς από το νοσοκομείο, πρέπει να εξατομικεύεται με βάση:

- την ουσία ή τις ουσίες που έχουν ληφθεί, το φαρμακοκινητικό και φαρμακοδυναμικό προφίλ (χρόνος δράσης), το χρονικό διάστημα που έχει περάσει, την οδό χορήγησης.
- τα αντίδοτα που πιθανόν έχουν χορηγηθεί και το χρόνο δράσης τους (π.χ. ο χρόνος δράσης της ναλοξόνης είναι σαφέστερα μικρότερος από αυτόν της ηρωίνης, με αποτέλεσμα ασθενείς που έχουν συνέλθει από υπερδοσολογία ηρωίνης να κινδυνεύουν από την επανεμφάνιση καταστολής μετά την αναχώρηση από το νοσοκομείο, δηλαδή μόλις υποχωρήσει η δράση της ναλοξόνης)
- τη συνολική κλινική εικόνα και πορεία του ασθενούς (π.χ. επιπλοκές όπως οξεία νεφρική ανεπάρκεια σε περίπτωση σοβαρής ραβδομυόλυσης)
- τη σωματική ή/και ψυχιατρική συννοσηρότητα του συγκεκριμένου ασθενούς.

Παρακολούθηση ζωτικών σημείων, υποστήριξη της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας, ετοιμότητα για ενδοτραχειακή διασωλήνωση**Προσοχή για εμφάνιση στερητικού συνδρόμου μετά από τη παρέλευση του συγκεκριμένου για τη κάθε ουσία χρόνου**

Ιδιαίτερη κατηγορία υπερδοσολογιών αποτελούν οι περιπτώσεις των ατόμων, τα οποία, προκειμένου να διαφύγουν τελωνειακούς ή άλλους ελέγχους, μεταφέρουν εντός του σώματός τους μεγάλες ποσότητες ουσιών, ειδικά συσκευασμένες είτε εντός του πεπτικού συστήματος είτε εντός εξωτερικών κοιλότητων του σώματος π.χ. εντός του κόλπου ή του πρωκτού (bodypackers, bodycarriers). Επίσης, συχνό είναι το φαινόμενο, άτομα που καταδιώκονται από την αστυνομία να προσπαθούν να «εξαφανίσουν» με παρόμοιους τρόπους τις ουσίες που μεταφέρουν, ώστε να μη συλληφθούν για διακίνηση ουσιών (bodystuffers). Στη μεν πρώτη περίπτωση οι ουσίες είναι συνήθως προσεκτικά συσκευασμένες και η υπερδοσολογία προκύπτει από την καταστροφή του περιτυλίγματος, στη δεύτερη, όμως, περίπτωση η υπερδοσολογία μπορεί να εμφανισθεί άμεσα και με βαριά κλινική εικόνα, καθώς η ουσία καταναλώνεται χωρίς να έχει προηγηθεί συσκευασία.

Η πιθανότητα αυτή πρέπει να εξετάζεται σοβαρά στις περιπτώσεις ασθενών που ανευρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση στα διεθνή αεροδρόμια ή σε άτομα με πρόσφατη επιστροφή από χώρες παραγωγής ναρκωτικών. Η ενδοσκοπική αφαίρεση των συσκευασιών δεν συνιστάται στα ασυμπτωματικά άτομα, παρά μόνο στα άτομα με οξεία συμπτωματολογία, απειλητική για τη ζωή λόγω καταστροφής της συσκευασίας.

Η τοξικολογική εξέταση ούρων για τις συνήθεις ουσίες (οπιοειδή, βενζοδιαζεπίνες, κοκαΐνη, ινδική κάνναβη) διενεργείται στα περισσότερα εργαστήρια και καλό θα ήταν να δρομολογείται παράλληλα, δεν αποτελεί όμως διαγνωστικό εργαλείο πρώτης γραμμής σε μια οξεία κατάσταση. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων παρουσιάζει πολλούς περιορισμούς. Οι περισσότερες ημιποσοτικές δοκιμασίες ανοσοϊστοχημείας, οι οποίες εφαρμόζονται στα εργαστήρια των νοσοκομείων, ανιχνεύουν συλλογικά μεταβολίτες μορφίνης/ηρωίνης/κωδεΐνης και τον μεταβολίτη των περισσότερων βενζοδιαζεπινών (oxazepam glucuronide). Κάποια ημισυνθετικά (βουπρενορφίνη), όλα τα συνθετικά οπιοειδή (μεθαδόνη, φεντανύλη κλπ) και κάποιες βενζοδιαζεπίνες (λοραζεπάμη) και οι μεταβολίτες τους δεν ανιχνεύονται από τις χρησιμοποιούμενες εμπορικές δοκιμασίες ανοσοϊστοχημείας και απαιτούν ειδικό αντιδραστήριο. Οι πιο πολλές

ουσίες έχουν πολύ μικρό χρόνο ανίχνευσης στα ούρα. Ένα θετικό αποτέλεσμα υποδεικνύει απλά πρόσφατη χρήση, δεν αποτελεί διαγνωστικό κριτήριο για εξάρτηση και δεν είναι παθολογμονικό ούτε για την κλινική εικόνα υπερδοσολογίας, ούτε για την ποσότητα που καταναλώθηκε, ούτε για το χρόνο τελευταίας χρήσης, ούτε για τη βαρύτητα της χρήσης. Ένα αρνητικό αποτέλεσμα δεν σημαίνει απουσία χρήσης (ούτε καν πρόσφατης), ούτε απουσία εξάρτησης για συγκεκριμένη ουσία. Το κόστος και η περιορισμένη εφαρμογή μιας επιβεβαίωσης με χρωματογραφία είναι απαγορευτικά στην κλινική καθημερινότητα.

Συνιστάται να διενεργούνται ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ εγκυμοσύνης, αξονική εγκεφάλου.

Συνήθεις τακτικές αντιμετώπισης δηλητηρίασης από άλλους παράγοντες (πλύση στομάχου, υποκλυσμός, χορήγηση ενεργού άνθρακα, αιμοκάθαρση κλπ) δεν έχουν καμία θέση λόγω της συχνής ενδοφλέβιας χρήσης και της ταχύτατης διαπερατότητας του αιματοεγκεφαλικού φραγμού από την ουσία.

4.2. Διάγνωση και αντιμετώπιση υπερδοσολογίας από οπιοειδή

(Βλ. Διάγραμμα 4β, σελ. 93)

Η υπερδοσολογία ηρωίνης αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου μεταξύ των χρηστών ηρωίνης. Οι περισσότεροι θάνατοι συμβαίνουν μεταξύ χρηστών ηρωίνης που κάνουν χρήση για 5-10 χρόνια και έχουν σημαντικό βαθμό εξάρτησης, με μέσο όρο ηλικίας τα 42 έτη.

- Οι υπερδοσολογίες ηρωίνης που δεν καταλήγουν σε θάνατο είναι ένα συνηθισμένο γεγονός στη ζωή των χρηστών ηρωίνης.
- Η ταυτόχρονη λήψη άλλων ουσιών (π.χ. αλκοόλ, βενζοδιαζεπίνες, κοκαΐνη) αυξάνει τον κίνδυνο θανατηφόρας υπερδοσολογίας.
- Ο ακαριαίος θάνατος μετά από χρήση ηρωίνης είναι σπάνιος. Οι περισσότεροι θάνατοι συμβαίνουν 1-3 ώρες μετά τη λήψη, διάστημα κατά το οποίο είναι δυνατή η ιατρική παρέμβαση. Αν και τα περισσότερα περιστατικά συμβαίνουν παρουσία άλλων, σπάνια ζητείται άμεσα ιατρική βοήθεια.

4.2.1. ΑΙΤΙΑ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗΣ ΔΟΣΗΣ ΑΠΟ ΟΠΙΟΕΙΔΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΑΙΤΙΑ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗΣ ΔΟΣΗΣ ΑΠΟ ΟΠΙΟΕΙΔΗ

- χρήση ουσίας με μεγαλύτερη συγκέντρωση/περιεκτικότητα από τη συνήθη
- λήψη μεγαλύτερης δόσης από τη συνήθη, υπέρβαση ορίου ανοχής
- χρήση περισσότερων της μίας ουσίας με αθροιστική δράση (αλκοόλ και βενζοδιαζεπίνες)
- χαμηλή ανοχή (αρχάριος και άπειρος χρήστης, υποτροπή μετά από αποχή, π.χ. αμέσως μετά την παραμονή σε θεραπευτικό πρόγραμμα).
- προβλήματα υγείας (ηπατική ή/ και νεφρική ή/ και αναπνευστική ανεπάρκεια, ανοσοκαταστολή, λοιμώξεις, έλλειψη ύπνου, αφυδάτωση)
- απομονωμένη χρήση, καθυστερημένη έκκληση βοήθειας
- αυτοκτονική πρόθεση
- μεταφορά μεγάλων ποσοτήτων ουσιών εντός του σώματος για εξαπάτηση ελέγχου (bodypackers, bodycarriers) ή «εξαφάνιση» ουσιών εντός του σώματος για αποφυγή σύλληψης από την αστυνομία που τους καταδιώκει (bodystuffers).

4.2.2. ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗΣ ΔΟΣΗΣ ΑΠΟ ΟΠΙΟΕΙΔΗ

Η διάγνωση τίθεται με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια, που περιγράφονται στους πίνακες 9 και 11.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11
ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ

Καταστολή του ΚΝΣ (Βαθμολογία κλίμακας κώματος Γλασκώβης <12)	}	κλασική τριάδα
Βραδύπνοια		
Κόρες οφθαλμών σε μύση (δίκην κεφαλής καρφίτσας)		
Κυάνωση		
Ενδείξεις ενδοφλέβιας χρήσης ουσιών (φλεβοκέντηση)		

- Η μύση αποτελεί σταθερό εύρημα ακόμα και στα άτομα με μακρύ ιστορικό χρήσης οπιοειδών καθώς δεν επηρεάζεται από την ανάπτυξη ανοχής. Παρόλα αυτά η ύπαρξη μυδρίασης δεν αποκλείει την υπερδοσολογία από οπιοειδή. Μυδρίαση, ταχύπνοια και παραληρηματική συμπεριφορά θέτουν την υποψία συνυπάρχουσας τοξίκωσης από κοκαΐνη ή αμφεταμίνες.
- Μυδρίαση, επίσης, μπορεί να παρατηρηθεί και όταν έχει πλέον εγκατασταθεί υποξία του ΚΝΣ.
- Σε ασθενείς με υπερδοσολογία από οπιοειδή και εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων τίθεται η υποψία ταυτόχρονης λήψης κοκαΐνης, αμφεταμινών ή τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, συνύπαρξης τραύματος ή εγκατάστασης υποξίας. Επιληπτικές κρίσεις επίσης, μπορεί να προκληθούν από τη λήψη κάποιων συνθετικών οπιοειδών όπως μεπεριδίνης, φεντανύλης, πενταζοσίνης και προποξυφαίνης.
- Η βραδύπνοια μπορεί να φθάσει τις 4-6 αναπνοές το λεπτό στις περιπτώσεις μέτριας ως σοβαρής τοξίκωσης από οπιοειδή.
- Παρόλα αυτά, η ύπαρξη ταχύπνοιας δεν αποκλείει την υπερδοσολογία οπιοειδών. Ταχύπνοια εμφανίζεται όταν συνυπάρχει μεταβολική διαταραχή, πνευμονία, πνευμοθώρακας ή έχει αρχίσει η διαδικασία μη καρδιογενούς πνευμονικού οιδήματος, η οποία αποτελεί και τη συνήθη αιτία θανάτου. Ταχύπνοια, επίσης, μπορεί να προκληθεί από τη λήψη πενταζοσίνης και μεπεριδίνης.
- Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στην εμφάνιση μη καρδιογενούς πνευμονικού οιδήματος, το οποίο, αν και αφορά σε μικρό ποσοστό ασθενών (έως 2,5%), αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου (αναγνωρίζεται στο 50-90% των νεκροτομών).



4.2.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΟΠΙΟΕΙΔΗ

ΒΗΜΑΤΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΟΠΙΟΕΙΔΗ

- **Αξιολόγηση σημείων για υπερδοσολογία από οπιοειδή** (βυθιότητα, βραδύπνοια, μύση, κυάνωση, ενδείξεις ενδοφλέβιας χρήσης ουσιών)
- **Θέση ανάνηψης**
- **Υποστήριξη αναπνευστικής λειτουργίας:** εκτίμηση και εξασφάλιση βατότητας αεραγωγών και επάρκειας αερισμού
- **Παρακολούθηση ζωτικών σημείων, επιπέδου συνείδησης και αναπνευστικής λειτουργίας, διαρκής επανεκτίμηση της κλινικής κατάστασης με ετοιμότητα για χορήγηση αντιδότου (βλ. 4.1.).**

→ Αν με τα προαναφερθέντα μέτρα ο ασθενής αναπνέει ικανοποιητικά και η βυθιότητα είναι >12 (Βαθμολογία κλίμακας κώματος Γλασκώβης), η χορήγηση ναλοξόνης μπορεί θεωρητικά να μην είναι απαραίτητη. Λόγω όμως του κινδύνου καθυστερημένης εμφάνισης καταστολής ΚΝΣ (από οπιοειδή μεγάλου χρόνου ημίσειας ζωής) και του ασφαλούς προφίλ της ναλοξόνης συνιστάται η χορήγηση της σε κάθε περίπτωση. Το μόνο μειονέκτημα είναι η πιθανή πρόκληση οξέος στεφανιαίου συνδρόμου, το οποίο αποτελεί σημαντικό παράγοντα ανησυχίας του ασθενούς και πρόκλησης αναστάτωσης στο ΤΕΠ.

- **Χορήγηση ναλοξόνης**
- **Υποστήριξη της κυκλοφορίας**
 - Τοποθέτηση ενδοφλέβιου καθετήρα. Επειδή ο κίνδυνος εμφάνισης υπογλυκαιμίας είναι αυξημένος συνιστάται αρχικά η χορήγηση διαλύματος δεξτρόζης 5%.
 - Το μη καρδιογενές πνευμονικό οίδημα παρουσιάζεται με δύσπνοια, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, προοδευτικά επιδεινούμενη υποξία παρά τη χορήγηση οξυγόνου, κυάνωση και ροζ αφρώδη πτύελα. Αντιμετωπίζεται κυρίως υποστηρικτικά με χορήγηση οξυγόνου και μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και, εφ' όσον δεν αποβεί μοιραίο, υποχωρεί μετά από 24-48 ώρες. Παρακολουούθηση για επανεμφάνιση αναπνευστικής καταστολής και βυθιότητας, λόγω μεγαλύτερου χρόνου ημιζωής του οπιοειδούς από τη ναλοξόνη (παρακολουούθηση ζωτικών σημείων, ετοιμότητα για ενδοτραχειακή διασωλήνωση, επαρκής χρόνος παρακολούθησης).

Χορήγηση ειδικού αντιδότη

Ναλοξόνη: Ανταγωνιστής των μ , δ και κ οπιοειδών υποδοχέων.

- Ταχεία έναρξη δράσης (1 min), χρόνος ημίσειας ζωής 20 min και διάρκεια δράσης 20-60 min.
- Καμία ουσιαστική φαρμακολογική δράση επί απουσίας οπιοειδών ΚΑΙ πολύ ασφαλές προφίλ σε επαναληπτικές δόσεις. Για το λόγο αυτό περιλαμβάνεται στην αρχική αντιμετώπιση όλων των ασθενών με κώμα αγνώστου αιτιολογίας.
- Παρενέργειες που έχουν αναφερθεί: διαταραχές μνήμης, δυσφαγία, αύξηση αναπνευστικού ρυθμού, ταχυκαρδία, πνευμονικό οίδημα, λαρυγγόσπασμος και αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Για την αντιμετώπιση πιθανών παρενεργειών της ναλοξόνης δεν συνιστάται επαναχορήγηση αγωνιστών οπιοειδών αλλά συντηρητική θεραπεία.
- Συνιστώμενη αρχική δόση: 0,1-0,4 mg ενδοφλέβια.
- Αν δεν υπάρχει εύκολη πρόσβαση για ενδοφλέβια χορήγηση, η ναλοξόνη μπορεί να χορηγηθεί ενδομυϊκά, υποδόρια ή ενδορρινικά.
- Επαναληπτικές δόσεις 0,1-0,2 mg ανά 2-3 min, αν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται.
- Δυνατότητα συνεχούς έγχυσης, σε περίπτωση αρχικής ανταπόκρισης αλλά επανεμφάνισης βυθιότητας/ αναπνευστικής καταστολής μετά την παρέλευση του χρόνου δράσης της ναλοξόνης. Ρυθμός έγχυσης ίσος με τα 2/3 της αρχικά αποτελεσματικής δόσης ναλοξόνης ανά ώρα (συνήθως 0,4-0,8 mg/h είναι αρκετά).
- Οι περισσότεροι ασθενείς ανταποκρίνονται με συνολική δόση ναλοξόνης, η οποία δεν υπερβαίνει τα 2 mg.

Ετοιμότητα για ενδοτραχειακή διασωλήνωση στην περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται σε επανειλημμένες δόσεις ναλοξόνης.

Εάν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί σε συνολική δόση 10 mg ναλοξόνης, η διάγνωση του συνδρόμου υπερδοσολογίας οπιοειδών πρέπει να επανεκτιμάται (με εξαίρεση την υπερδοσολογία από βουπρενορφίνη λόγω μεγάλου χρόνου ημιζωής).

Χρόνος παρακολούθησης μετά την επιτυχή αντιμετώπιση υπερδοσολογίας οπιοειδών:

Λόγω του μικρότερου χρόνου δράσης της ναλοξόνης σε σχέση με αυτόν της ηρωίνης και των υπόλοιπων οπιοειδών, ο ασθενής με αρχική ανταπόκριση και επαρκή αερισμό πρέπει να παραμένει στο ΤΕΠ και να παρακολουθείται για την πιθανή επανεμφάνιση συμπτωμάτων υπερδοσολογίας τουλάχιστον για 2-3 ώρες.

Είναι σημαντικό να αποφεύγονται οι μονήρεις υψηλές δόσεις ναλοξόνης. Αντίθετα οι επαναληπτικές δόσεις 0,1-0,2 mg ανά 2-3 min είναι απόλυτα ασφαλείς.

Ο κίνδυνος εμφάνισης ναυτίας ή εμέτου στο πλαίσιο οξέος στερητικού οπιοειδών και ενώ ο ασθενής συνεχίζει να βρίσκεται σε καταστολή λόγω ταυτόχρονης λήψης και άλλων κατασταλτικών ουσιών (π.χ. βενζοδιαζεπινών) αυξάνει τον κίνδυνο εισρόφησης.

Η ναλοξόνη θεωρείται ότι είναι αποτελεσματική για όλα τα οπιοειδή, ανεξάρτητα από τον χρόνο ημίσειας ζωής και την ισχύ. Για οπιοειδή όπως η βουπρενορφίνη και η μεθαδόνη, τα οποία έχουν μεγάλο χρόνο ημίσειας ζωής και των οποίων η υπερδοσολογία διαρκεί πολύ περισσότερο είναι πιθανό να απαιτηθούν πολλαπλές επαναλαμβανόμενες δόσεις ή/και συνεχής έγχυση ναλοξόνης.

Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή για την επανεμφάνιση βυθιότητας/καταστολής μετά από επιτυχή αντιμετώπιση στις υπερδοσολογίες που έχουν προκληθεί από οπιοειδή μακράς δράσης και λόγω σταδιακής απελευθέρωσης μεγάλων ποσοτήτων ηρωίνης σε μεταφορείς εντός του σώματος τους.

Πολλαπλές επαναλαμβανόμενες δόσεις ή/και συνεχής έγχυση ναλοξόνης μπορεί να απαιτηθούν και σε υπερβολική δόση με φεντανύλη με βραχύ μεν χρόνο ημίσειας ζωής αλλά πολύ μεγάλη ισχύ. Αναφέρεται ταχεία εγκατάσταση αναπνευστικής καταστολής, η οποία υπαγορεύει άμεση χορήγηση ναλοξόνης και οξυγόνωση.

Ασθενής που έχει παρουσιάσει υπερδοσολογία οπιοειδών μπορεί να αποχωρεί με ασφάλεια από το ΤΕΠ μετά από παρακολούθηση 6 ωρών, εφόσον δεν συνυπάρχει άλλη πάθηση.

Στις περισσότερες περιπτώσεις υπερδοσολογίας οπιοειδών στα εξαρτημένα άτομα συνυπάρχει και τοξίκωση από βενζοδιαζεπίνες. Ιδιαίτερα η ταυτόχρονη λήψη φλουνιτραζεπάμης (Hypnosedon, Vulbegal), πολύ συχνή στην Ελλάδα, αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο αναπνευστικής καταστολής. Για το λόγο αυτό, ανάλογα με τις υπάρχουσες πληροφορίες από το ιστορικό και την κλινική εικόνα του ασθενούς, συνιστάται η επιπρόσθετη χορήγηση φλουμαζενίλης, η οποία ανταγωνίζεται τη δράση των βενζοδιαζεπινών στο ΚΝΣ (Βλ. 4.3.2.).

4.3. Διάγνωση και αντιμετώπιση υπερδοσολογίας από βενζοδιαζεπίνες και άλλες GABA-εργικές, κατασταλτικές ουσίες (ομάδα Z, GHB και οι πρόδρομες ουσίες BD, GBL, βαρβιτουρικά)

(Βλ. Διάγραμμα 4β, σελ. 93)

4.3.1. ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΕΣ

Περιγράφονται στους Πίνακες 9 και 12.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΕΣ
Καταστολή του ΚΝΣ (σύγχυση, αποπροσανατολισμός, υπνηλία, βυθιότητα μέχρι κωματώδους κατάστασης)
Δυσαρθρία
Αταξία
Αλλοιώσεις των ψυχικών λειτουργιών (άρση αναστολών, παρορμητικότητα, ευμετάβλητο συναίσθημα, ψυχωτικές εκδηλώσεις/διαταραχές σκέψης και αντίληψης)

Κλινική εικόνα σχετικά ασφαλής, ειδικά σε σχέση με αυτήν των βαρβιτουρικών.

Τα ζωτικά σημεία είναι συνήθως φυσιολογικά ή σχεδόν φυσιολογικά.

Το επίπεδο συνείδησης των περισσότερων ασθενών βελτιώνεται με το διάλογο και παρουσιάζει φωτεινά διαλείμματα.

Η αναπνευστική καταστολή είναι σπάνια, αλλά μπορεί να προκύψει ανάλογα με: δοσολογία, βαθμό ανοχής, σωματικό βάρος, ηλικία, ιδιοσυγκρασιακούς παράγοντες, υποκείμενα νοσήματα. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος ανάπτυξης της προέρχεται από την ταυτόχρονη, συνεργιστική χρήση αλκοόλ ή/και οπιοειδών, η οποία είναι πολύ συχνή.

Οι καρδιολογικές επιπλοκές είναι εξαιρετικά σπάνιες. Άλλες επιπλοκές είναι η πνευμονία από εισρόφηση (σύνδρομο Mendelson) και η ραβδομυόλυση.

Ο θάνατος από υπερβολική δόση, αποκλειστικά από βενζοδιαζεπίνες, είναι επίσης εξαιρετικά σπάνιος, αυξάνεται όμως δραματικά από την ταυτόχρονη, αθροιστική χρήση αλκοόλ ή/και οπιοειδών.

4.3.2. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΕΣ**ΒΗΜΑΤΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΕΣ**

- **Αξιολόγηση σημείων για υπερδοσολογία βενζοδιαζεπινών** (υπνηλία, βυθιότητα, δυσαρθρία, αταξία)
- **Χορήγηση φλουμαζενίλης**
- **Σε περίπτωση αναπνευστικής καταστολής ακολουθούνται τα βήματα υποστήριξης καρδιο-αναπνευστικής λειτουργίας** (εκτίμηση και εξασφάλιση βατότητας αεραγωγών και επάρκειας αερισμού, παρακολούθηση ζωτικών σημείων, υποστήριξη της κυκλοφορίας, ετοιμότητα για ενδοτραχειακή διασωλήνωση, επαρκής χρόνος παρακολούθησης) (Βλ. 4.1.). **Εκτίμηση για πιθανή ταυτόχρονη χρήση αλκοόλ ή/και οπιοειδών.**

Χορήγηση ειδικού αντίδοτου

Φλουμαζενίλη: ανταγωνιστής GABA στο ΚΝΣ

- Ταχεία έναρξη δράσης 1 min, χρόνος ημίσειας ζωής 20 min και διάρκεια δράσης 20-60 min.
- Συνιστώμενη αρχική δόση: 0,2-0,3 mg ενδοφλέβιας σε 15 sec.
- Επαναληπτικές δόσεις 0,2 mg/min ενδοφλέβιας, μέχρι τη χορήγηση συνολικής δόσης 1 mg.
- Σε συνθήκες Μονάδας Εντατικής Θεραπείας 0,3 mg/ min, iv, μέχρι συνολικής δόσης 2 mg.
- Εάν η υπνηλία επαναληφθεί μπορεί να χορηγηθεί μια δεύτερη δόση εφόδου 0,2 mg.
- Μία ενδοφλέβια έγχυση των 0.1-0.4 mg/h μπορεί επίσης να χορηγηθεί επιπρόσθετα στη μέγιστη δόση των 2 mg. Η δοσολογία και ο ρυθμός της έγχυσης θα πρέπει να ρυθμίζεται εξατομικευμένα με δείκτη το επιθυμητό επίπεδο συνείδησης.
- Θα πρέπει να αποφεύγεται η ταχεία χορήγηση υψηλών δόσεων φλουμαζενίλης (πάνω από 1 mg) καθώς αυτό μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα στέρσης με επιληπτικές κρίσεις.
- **Ετοιμότητα για ενδοτραχειακή διασωλήνωση στην περίπτωση αναπνευστικής καταστολής.**
- **Χρόνος παρακολούθησης μετά την επιτυχή αντιμετώπιση υπερδοσολογίας βενζοδιαζεπινών:** Λόγω του μικρότερου χρόνου δράσης της φλουμαζενίλης από αρκετές βενζοδιαζεπίνες, μπορεί να επαναπροκληθεί βυθιότητα. Ο ασθενής με αρχική ανταπόκριση θα πρέπει να παρακολουθείται στενά μέχρι όλες οι πιθανές επιδράσεις των βενζοδιαζεπινών και της φλουμαζενίλης να έχουν πλήρως εξαλειφθεί.

- Ο κίνδυνος από τις επιπλοκές της φλουμαζενίλης είναι υπαρκτός και, αρκετές φορές, υπερκεράζει τα οφέλη, περιορίζοντας την εφαρμογή της σε σοβαρές περιπτώσεις υπερδοσολογίας. Οι παρενέργειες αφορούν συνήθως πρόκληση έντονου στερητικού συνδρόμου με επιληπτικές κρίσεις και καρδιακές αρρυθμίες (παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία). Έχουν αναφερθεί και θάνατοι. Η θεραπεία των επιληπτικών κρίσεων με βενζοδιαζεπίνες μεγάλου χρόνου ημίσειας ζωής ακυρώνεται λόγω αποκλεισμού των GABA- υποδοχέων από τη φλουμαζενίλη.
- Η φλουμαζενίλη δεν πρέπει να χορηγείται όταν υπάρχει υποψία ταυτόχρονης λήψης ουσιών που μειώνουν τον επιληπτικό ουδό (π.χ. τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά) ή υποψία εγκεφαλικής κάκωσης, καθώς η φλουμαζενίλη μπορεί να προκαλέσει αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης.
- Στους ασθενείς με ηπατική ανεπάρκεια, η απέκκριση μπορεί να καθυστερήσει και για το λόγο αυτό συνιστάται προσεκτική τιτλοποίηση της δοσολογίας.
- Δεν είναι αναγκαίες οι προσαρμογές της δοσολογίας σε ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία.

- Σε περίπτωση χρήσης νέων, συνθετικών, βενζοδιαζεπινών με άγνωστο φαρμακοδυναμικό και φαρμακοκινητικό προφίλ, όπως και στο στερεοτικό έτσι και σε περίπτωση υπερδοσολογίας, μπορούν να δοκιμαστούν τα πρωτόκολλα που ισχύουν για τις συνταγογραφούμενες βενζοδιαζεπίνες. Απαιτείται μεγάλη προσοχή γιατί κάποιες από αυτές έχουν αργό χρόνο έναρξης δράσης και μεγάλο χρόνο ημίσειας ζωής, με αποτέλεσμα συνεχή λήψη της ουσίας ή άλλων κατασταλτικών ουσιών από το χρήστη για επίτευξη τοξίκωσης, υψηλό κίνδυνο αθροιστικών φαινομένων και καθυστερημένη εμφάνιση κλινικής εικόνας υπερδοσολογίας.

4.4. Διάγνωση και αντιμετώπιση οξείας τοξίκωσης και υπερδοσολογίας από αιθανόλη (αλκοόλ)

(Βλ. Διάγραμμα 4β, σελ. 93)

- Η αιθανόλη έχει κυρίως κεντρική κατασταλτική δράση, παρόμοια με αυτή των βενζοδιαζεπινών, η οποία οφείλεται στη δράση της στους υποδοχείς του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA). Προκαλεί επίσης αύξηση της ντοπαμινεργικής και σεροτονεργικής δράσης και μείωση της γλουταμινεργικής.
- Η αιθανόλη απορροφάται γρήγορα και τα επίπεδά της στο αίμα αυξάνονται μέσα σε 30-60 λεπτά από τη λήψη. Η απορρόφσή της από το πεπτικό, στόμαχο (μόνο στους άνδρες) και λεπτό έντερο, μειώνεται σημαντικά με την ταυτόχρονη λήψη τροφής.
- Η βαρύτητα των επιδράσεων της αιθανόλης παρουσιάζει μια αναλογικά αυξητική σχέση με την αύξηση των επιπέδων της στο αίμα (δηλ. με την ποσότητα αιθανόλης που έχει καταναλωθεί), όπως και με το ρυθμό μεταβολισμού (κατά πολύ ταχύτερος στους αλκοολικούς λόγω μεγάλης ανοχής. Άλλες οργανικές και ιδιοσυγκρασιακές παράμετροι μπορεί αντίθετα να τον επιβραδύνουν).
- Ένας αδρός τρόπος υπολογισμού είναι ότι ένα μέσο ποτό (μία μπύρα, ένα ποτήρι κρασί, μία δόση ουίσκι/βότκα) ανεβάσει τη συγκέντρωση στο αίμα κατά 0.01-0.03% σε μία ώρα και απαιτείται άλλη μία ώρα για να μεταβολιστεί.
- Τα σημεία και συμπτώματα περιγράφονται στους Πίνακες 9 και 13:

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΤΟΞΙΚΩΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΑΙΘΑΝΟΛΗ	
Επίπεδα αιθανόλης στο αίμα mg/dl	Κλινική εικόνα
25-50	ήπια ευφορία και διέγερση, διαχυτικότητα, κοινωνικότητα, χαλάρωση, αυτοπεποίθηση, μικρή επίδραση στη λειτουργικότητα
50-80	επιπλέον → άρση αναστολών, περιορισμός κριτικής σκέψης, διαταραχή κίνησης
80-150	επιπλέον → διαταραχές συντονισμού κινήσεων και ισορροπίας (ασυνέργεια κινήσεων, αστάθεια), επιβράδυνση ανακλαστικών/ αύξηση του χρόνου αντίδρασης, δυσχέρεια ομιλίας, διαταραχές όρασης, συναισθηματική αστάθεια, ναυτία, έμετος
150-300	επιπλέον → παρεγκεφαλιδική δυσλειτουργία (αταξία, νυσταγμός), αδυναμία βάδισης, αμνησία, απάθεια, υπνηλία, δυσχέρεια αναπνοής, απώλεια ούρων
>300	επιπλέον → αναπνευστική καταστολή, κατάργηση ανακλαστικών, κώμα, θάνατος
Επιπλοκές οξείας τοξίκωσης και υπερδοσολογίας από αιθανόλη	

- τραυματισμός (πτώση, πνιγμός, έγκαυμα)
- εργατικά ατυχήματα
- τροχαία ατυχήματα
- βίαιη συμπεριφορά, ενδοοικογενειακή βία, κακοποίηση ανηλίκων
- αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
- αναπνευστική καταστολή
- εισρόφηση
- μεταβολικές διαταραχές: υπογλυκαιμία, γαλακτική οξέωση
- υπόταση
- υποθερμία
- αφυδάτωση
- ηλεκτρολυτικές διαταραχές: υποφωσφαταιμία, υποκαλσιαιμία, υπομαγνησιαιμία
- καρδιαγγειακή κατάρρευση (επιδείνωση συνυπάρχουσας στεφανιαίας νόσου, αρρυθμίες, κυρίως κολπική μαρμαρυγή)
- κώμα

Προσοχή:

- Η ταυτόχρονη χρήση αλκοόλ μαζί με άλλες ουσίες είναι πολύ συχνή:
 - με άλλα κατασταλτικά (οπιοειδή, βενζοδιαζεπίνες) μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της κατασταλτικής δράσης στο ΚΝΣ και την αναπνοή
 - με κοκαΐνη → κοκα-αιθυλένιο, δραστικό συστατικό με αυξημένη τοξικότητα (Βλ. 4.5.1.)
 - με energy drinks ή/και άλλα διεγερτικά (αμφεταμίνες, κοκαΐνη) από έφηβους και νέους μπορεί να τροποποιήσει, λόγω επί μέρους ανταγωνιστικών δράσεων, τη κλινική εικόνα
- Η μεγάλη ανοχή αντίθετα μπορεί να καθυστερήσει την καταστολή ΚΝΣ, ακόμα και μετά από κατανάλωση μεγάλης ποσότητας και ταυτόχρονη χρήση άλλων κατασταλτικών.
- Σε περίπτωση αλκοολισμού να ελέγχονται: ηπατική και καρδιακή λειτουργία, άλλες ζωτικές λειτουργίες, παράγοντες πήξης, ύπαρξη ή όχι κισμών οισοφάγου κ.α

ΒΗΜΑΤΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΤΟΞΙΚΩΣΗΣ Ή ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΑΙΘΑΝΟΛΗ

- Αξιολόγηση σημείων για διάγνωση και εκτίμηση βαρύτητας υπερδοσολογίας με αιθανόλη: ζωτικά σημεία, επίπεδο συνείδησης, αναπνευστική λειτουργία (καταστολή), νευρολογικές εκδηλώσεις (αταξία, κατάργηση αντανακλαστικών, κλπ)
- Σε άτομα χωρίς ιστορικό αλκοολισμού: υποστηρικτική προσέγγιση, εφησυχασμός, ενυδάτωση, παραμονή σε ήσυχο περιβάλλον μέχρι την επιστροφή στη νηφαλιότητα
- Αν πρόκειται για άτομο με ιστορικό αλκοολισμού ή αν δεν υπάρχουν πληροφορίες από το περιβάλλον πρέπει να χορηγηθούν, πριν από οποιαδήποτε άλλη παρέμβαση, 100 mg θειαμίνης ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά για την αποφυγή εμφάνισης εγκεφαλοπάθειας Wernicke-Korsakoff κατά το επακόλουθο στερητικό σύνδρομο.
- Αξιολόγηση και αντιμετώπιση πιθανότητας υπογλυκαιμίας, υποθερμίας, αφυδάτωσης, ηλεκτρολυτικών διαταραχών, καρδιολογικών επιπλοκών ή άλλων προϋπαρχόντων παθολογικών προβλημάτων σε αλκοολικούς (ηπατική ανεπάρκεια, κίρρωση κλπ).
- Αξιολόγηση για ταυτόχρονη χρήση βενζοδιαζεπινών, οπιοειδών ή/και διεγερτικών ουσιών: χορήγηση των κατάλληλων αντιδότων, ναλοξόνη για οπιοειδή (Βλ. 4.2.3.), φλουμαζενίλη για βενζοδιαζεπίνες (Βλ. 4.3.2.). Σε περίπτωση αναπνευστικής καταστολής ακολουθούνται τα βήματα υποστήριξης αναπνευστικής λειτουργίας (εκτίμηση και εξασφάλιση βατότητας αεραγωγών και επάρκειας αερισμού, παρακολούθηση ζωτικών σημείων, υποστήριξη της κυκλοφορίας, ετοιμότητα για ενδοτραχειακή διασωλήνωση, επαρκής χρόνος παρακολούθησης) (Βλ. 4.1.).
- Προσοχή στην αντιμετώπιση της ψυχοκινητικής διέγερσης. Τα μέτρα σωματικού περιορισμού/καθήλωσης αποφεύγονται λόγω πιθανότητας πρόκλησης ραβδομυόλυσης από μυϊκή νέκρωση και επακόλουθου κινδύνου οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. Η συνήθης φαρμακευτική καταστολή με βενζοδιαζεπίνες δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω αθροιστικής κατασταλτικής συνέργειας στο ΚΝΣ. Συνιστάται η προσπάθεια εφησυχασμού, η συζήτηση με τον ασθενή και η μείωση της έντασης (ήρεμο και απομονωμένο περιβάλλον, κατανόηση, ασφαλές κλίμα). Σε περιπτώσεις αναγκαστικής χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής προτιμούνται αντιψυχωσικά τύπου αλοπεριδόλης (προσοχή για πιθανότητα επιμήκυνσης του QT διαστήματος).

Η αύξηση της διούρησης δεν βοηθά δεδομένου ότι η αιθανόλη μεταβολίζεται κατά 90% στο ήπαρ και μόνο κατά 10% αποβάλλεται από τους νεφρούς.

Δεν συνιστάται η χρήση φαρμάκων που προάγουν τον έμετο λόγω του κινδύνου εισρόφησης ούτε και η χρήση ενεργού άνθρακα εκτός αν υπάρχει υποψία λήψης και άλλων ουσιών.

Η αιμοκάθαρση απομακρύνει αποτελεσματικά την αιθανόλη από το αίμα, αλλά συνιστάται μόνο στους ασθενείς που παρουσιάζουν επιδείνωση ή σε όσους δεν ανταποκρίνονται στην υποστηρικτική θεραπεία.

- ➔ Μην ξεχνάτε: μετά την παρέλευση κάποιων ωρών μπορεί να αρχίσουν να εμφανίζονται συμπτώματα στερητικού συνδρόμου

4.5. Διάγνωση και αντιμετώπιση οξείας τοξίκωσης και υπερδοσολογίας από κοκαΐνη, αμφεταμίνες, καθιόνες, ψευδαισθησιογόνα ή άλλα διεγερτικά

(Βλ. Διάγραμμα 4β, σελ. 93)

4.5.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΞΙΚΩΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΚΟΚΑΪΝΗ, ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ, ΚΑΘΙΝΟΝΕΣ, ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ Η ΑΛΛΑ ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ

- Η κοκαΐνη αποτελεί την αντιπροσωπευτική ουσία της ομάδας των διεγερτικών. Οι υπόλοιπες οικογένειες (αμφεταμίνες, καθιόνες, ψευδαισθησιογόνα ή άλλα) εμφανίζουν μεγάλη χημική συγγένεια με την κοκαΐνη, μεταξύ των μελών τους αλλά και μεταξύ τους, πολλά κοινά χαρακτηριστικά στο φαρμακοδυναμικό και φαρμακοκινητικό προφίλ με συμπαθητικομιμητική, αντιχολινεργική και κυρίως ντοπαμινεργική δράση. Ανάλογα με την ουσία μπορεί να υπερτερεί η διεγερτική ή η ψευδαισθησιογόνος δράση. Κλινική σημασία έχουν οι διαφορές στο χρόνο ημίσειας ζωής (π.χ. κοκαΐνη 30 λεπτά έως λίγες ώρες, κρυσταλλική μεθαμφεταμίνη 6-15 ώρες).
- Η τοξίκωση από κοκαΐνη αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες επίσκεψης στα επείγοντα ατόμων που παρουσιάζουν πρόβλημα κατάχρησης ουσιών.
- Συνήθως έχουν λάβει ταυτόχρονα και άλλες ουσίες. Ιδιαίτερα η ταυτόχρονη χρήση κοκαΐνης και αλκοόλ αποτελεί μια συχνή αιτία θανάτου. Το αλκοόλ αυξάνει τη βιοδιαθεσιμότητα της κοκαΐνης με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι καρδιαγγειακές επιπλοκές, η ηπατοτοξικότητα και οι επιπτώσεις στη συμπεριφορά, οι οποίες συχνά οδηγούν και σε αύξηση των αυτοτραυματισμών. Η ταυτόχρονη λήψη αλκοόλ και κοκαΐνης οδηγεί στο σχηματισμό ενός τρίτου δραστικού συστατικού, που ονομάζεται κοκα-αιθυλένιο και παρουσιάζει παρόμοιο φαρμακοδυναμικό προφίλ με την κοκαΐνη, με τις ίδιες μεν επιπτώσεις στη συμπεριφορά, αλλά αυξημένη τοξικότητα στο καρδιαγγειακό σύστημα. Λόγω διπλάσιου χρόνου ημίσειας ζωής, ο σχηματισμός κοκα-αιθυλενίου συνεχίζεται για αρκετές ώρες μετά τη λήψη των ουσιών, για το λόγο αυτό αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης αιφνιδίου θανάτου ακόμη και 6-12 ώρες μετά τη χρήση.
- Η κοκαΐνη παρουσιάζει επίσης σημαντικές αλληλεπιδράσεις με αρκετά συχνά χρησιμοποιούμενα φάρμακα. Ιδιαίτερης κλινικής σημασίας αλληλεπιδράσεις παρουσιάζονται με την ταυτόχρονη λήψη:
 - ουσιών που επάγουν αδρενεργική κρίση (πχ. αναστολείς MAO, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, ρεσερπίνη),
 - ουσιών που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης σεροτονινεργικού συνδρόμου, δηλ. σεροτονεργικών παραγόντων: όλα τα αντικαταθλιπτικά (κυρίως οι SSRIs), αμφεταμίνες, κάποια συνθετικά οπιοειδή (dextromethorphan, fentanyl, levomethorphan, levorphanol, meperidine, methadone, pentazocine, pethidine, tapentadol, tramadol), MDMA, LSD, ψυλοκυβίνη (magic mushrooms), βουσιπρόνη, λίθιο, αντιπαρκινσονικά/ ντοπαμινεργικά φάρμακα, dihydroergotamine, διατροφικά συμπληρώματα (Υπερίκον το διάτρητον, βαλσαμόχορτο ή σπαθόχορτο, St John's wort).
- Τα συμπτώματα και τα σημεία που χαρακτηρίζουν την οξεία τοξίκωση από κοκαΐνη (Πίνακας 9 και 14) μπορεί να κλιμακωθούν με αυξανούσα βαρύτητα ανάλογα με τη δόση. Σε υπερδοσολογία η συμπτωματολογία πιθανόν σε ορισμένες περιπτώσεις να επιδεινωθεί ταχύτατα και ο θάνατος μπορεί να επέλθει εντός 2-3 λεπτών. Η χρόνια χρήση οδηγεί επίσης σε πολλές επιπλοκές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14 ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΟΞΕΙΑΣ ΤΟΞΙΚΩΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ	
Οξεία Τοξίκωση → Χρόνια χρήση	→ Υπερδοσολογία
Ευφορία ή δυσφορία	
Υπερδιέγερση, ενεργητικότητα, υπερένταση, ευερεθιστότητα, εριστικότητα, λογόρροια, απουσία ανάγκης ύπνου	→ Φάση Καταστολής ΚΝΣ: κεφαλαλγία, ναυτία, έμετος, ίλιγγος, αύξηση εν τω βάθει αναπνευστικών, μειωμένη αντίδραση στα εξωτερικά ερεθίσματα → κώμα, κατάργηση αναπνευστικών, χαλαρή παράλυση
Μυδρίαση	→ διευρυμένες και μη αντιδρώσες κόρες
Άγχος, κρίσεις πανικού, ανησυχία, αίσθημα επικείμενης καταστροφής, συναισθηματική αστάθεια	
Επαγόμενες ψυχωτικές εκδηλώσεις (διαταραχές σκέψης και αντίληψης, διαταραχές συμπεριφοράς), πιθανόν μη διαφοροδιαγνώσιμες από ψυχωτικά συμπτώματα μη προκαλούμενα από χρήση ουσιών → Παραλήρημα: Επαγόμενες ψυχωτικές εκδηλώσεις (διαταραχές σκέψης και αντίληψης, διαταραχές συμπεριφοράς), σύγχυση, αποπροσανατολισμός, ψυχοκινητική διέγερση	
Επιληπτικές κρίσεις (γενικευμένες τονικοκλονικές)	→ status epilepticus
Μυϊκή υπερτονία Βρουξισμός, τικ, μη ηθελημένος τρόμος (π.χ. δεσμιδώσεις μυών προσώπου ή δακτύλων)	
Καρδιαγγειακές επιπλοκές: Ταχυκαρδία Αγγειοσύσπαση → αρτηριακή υπέρταση Προκάρδιο άλγος, στεφανιαία νόσος, ισχαιμία μυοκαρδίου, αρρυθμίες, καρδιομυοπάθεια, μυοκαρδίτιδα, διαχωρισμός αορτής Ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις	→ καρδιακές ταχυαρρυθμίες, έκτακτες κοιλιακές συστολές, κοιλιακές και υπερκοιλιακές αρρυθμίες, κοιλιακή μαρμαρυγή ή ασυστολία → περιφερική κυάνωση, κυκλοφορική ανεπάρκεια, υπόταση → οξεία στεφανιαία νόσος → έμφραγμα μυοκαρδίου, καρδιακή ανακοπή → συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια → εγκεφαλικά έμβολα → εγκεφαλικά αιμορραγικά επεισόδια

Αύξηση ρυθμού και βάθους αναπνοής Ταχύπνοια	→ δύσπνοια, ακανόνιστη αναπνοή → αναπνευστική ανεπάρκεια, πνευμονικό οίδημα, κυάνωση, αγωνιώδης αναπνοή, αναπνευστική παράλυση
Αύξηση θερμοκρασίας σώματος	Απορρύθμιση του κέντρου θερμορύθμισης → πιθανή σοβαρή υπερθερμία

4.5.2. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΤΟΞΙΚΩΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΚΟΚΑΪΝΗ, ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ, ΚΑΘΙΝΟΝΕΣ, ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ Η ΑΛΛΑ ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ

(Βλ. Διάγραμμα 4β, σελ. 93)

Σε αντίθεση με τα οπιοειδή και τις βενζοδιαζεπίνες δεν υπάρχει αντίδοτο για τη δράση της κοκαΐνης. Στόχος είναι η συμπτωματική αντιμετώπιση και μείωση των επιπτώσεων στο ΚΝΣ και στο καρδιαγγειακό.

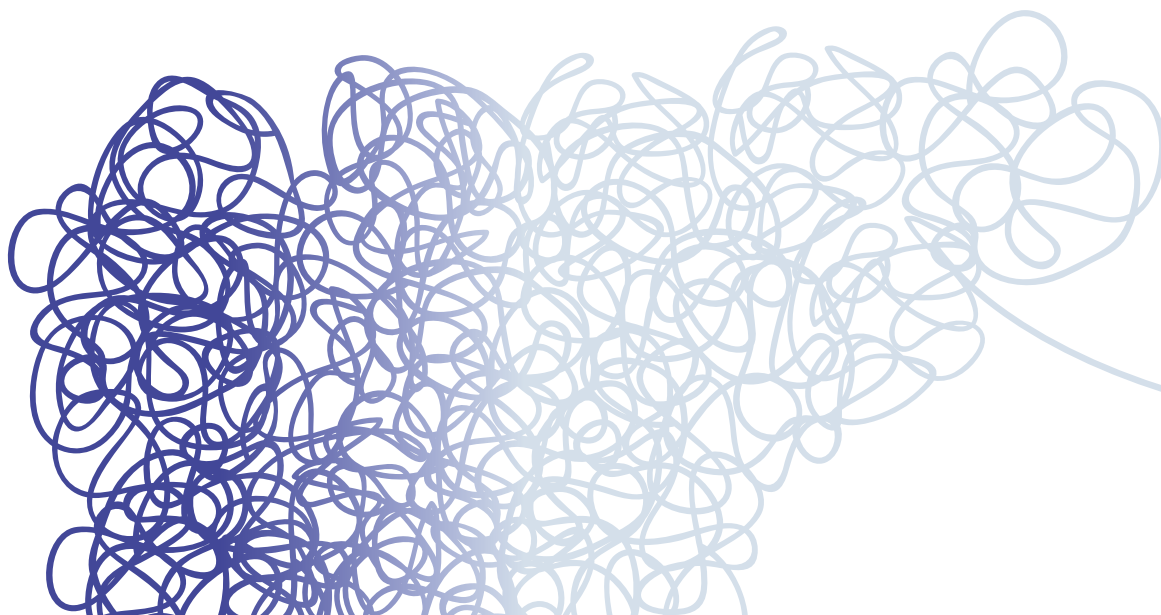
ΒΗΜΑΤΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΞΙΚΩΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΚΟΚΑΪΝΗ ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ

- **Αξιολόγηση σημείων για υπερδοσολογία κοκαΐνης**
- Σε περίπτωση αναπνευστικής δυσχέρειας ακολουθούνται τα βήματα υποστήριξης αναπνευστικής λειτουργίας (Βλ. 4.1.)
 - εκτίμηση και εξασφάλιση βατότητας αεραγωγών και επάρκειας αερισμού
 - ετοιμότητα για ενδοτραχειακή διασωλήνωση → Προσοχή κατά την τοποθέτηση ρινοφαρυγγικού αεραγωγού λόγω πιθανών βλαβών του ρινικού βλεννογόνου και του διαφράγματος από χρόνια ενδορρινική χρήση
- **Παρακολούθηση ζωτικών σημείων και διαρκής επανεκτίμηση της κλινικής κατάστασης:** ιδιαίτερα του καρδιακού ρυθμού και θερμοκρασίας
- **Υποστήριξη της κυκλοφορίας:** προσοχή για υπογλυκαιμία ή αφυδάτωση
- **Αξιολόγηση για ταυτόχρονη χρήση αλκοόλ ή/και οπιοειδών**
- **Επαρκής χρόνος παρακολούθησης**

ΒΗΜΑΤΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΞΙΚΩΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΚΟΚΑΪΝΗ ΚΑΙ ΆΛΛΑ ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ

Η ειδική αντιμετώπιση εξαρτάται από τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας του ασθενή.

- Για ήπια ψυχοκινητική διέγερση με φυσιολογικά ζωτικά σημεία αρκεί ο εφησυχασμός, η συζήτηση με τον ασθενή και η μείωση της έντασης (ήρεμο περιβάλλον, κατανόηση, ασφαλές κλίμα)
- Για την καταστολή του ασθενή με αυξημένη ψυχοκινητική διέγερση, ανησυχία, μυϊκή υπερδραστηριότητα:
 - Προσοχή στον σωματικό περιορισμό/καθήλωση. Είναι προτιμότερη η φαρμακευτική καταστολή με χορήγηση βενζοδιαζεπινών, λόγω του κινδύνου για μυϊκή νέκρωση, ραβδομυόλυση, οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Μέτρηση CPK.
 - Χορήγηση βενζοδιαζεπίνης βραχείας διάρκειας, π.χ. μιδαζολάμη 2 mg βραδέως iv και στη συνέχεια 1 mg κάθε 3-5 λεπτά iv, ανάλογα με τις ανάγκες.
 - Αντιψυχωσικά, π.χ. αλοπεριδόλη ή άλλα αντιψυχωτικά. → Προσοχή, μόνο σαν δεύτερης γραμμής κατασταλτικά λόγω της πιθανότητας επιμήκυνσης του QT διαστήματος και μείωσης του επιληπτικού ουδού.
- Σε περίπτωση εμφάνισης επιληπτικών κρίσεων:
 - Διαζεπάμη, 5-10 mg βραδέως iv, επί μη ανταπόκρισης επαναληπτική δόση ανά 15 min.
 - Λοραζεπάμη, 4-8 mg βραδέως iv
 - Σε περίπτωση μη ελέγχου ή επανεμφάνισης επιληπτικής κρίσης: φαινοβαρβιτάλη ή ένα ταχείας δράσης βαρβιτουρικό (θειοπεντάλη).
- Σε περίπτωση ταυτόχρονης χρήσης οπιοειδών (κοκαΐνη + ηρωίνη = speedball): σε ασθενή με καταστολή αναπνοής έχει θέση η χορήγηση ναλοξόνης, σύμφωνα με όσα αναφέρονται στην αντιμετώπιση της υπερδοσολογίας οπιοειδών (Βλ. 4.2.3.)



Αντιμετώπιση καρδιαγγειακών επιπλοκών κοκαΐνης ή άλλων διεγερτικών**Αντιμετώπιση ισχαιμίας μυοκαρδίου**

- Προκάρδιο άλγος, ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις και αυξημένα επίπεδα τροπονίνης σε νέο άτομο είναι ύποπτα για χρήση κοκαΐνης
- Σε κάθε περίπτωση εμφάνισης θωρακικού πόνου σε άτομο, το οποίο αναφέρει ή υπάρχει υποψία λήψης κοκαΐνης, οφείλει να αποκλεισθεί η ισχαιμία μυοκαρδίου
- Μέτρηση τροπονίνης
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα (αυξημένη πιθανότητα ψευδώς θετικών ή ψευδώς αρνητικών και μη ειδικών ευρημάτων)
- Ακτινογραφία θώρακος
- Χορήγηση οξυγόνου
- Εξασφάλιση φλεβικής γραμμής
- Στενή παρακολούθηση ζωτικών σημείων
- Φάρμακα πρώτης γραμμής: Ασπιρίνη, Νιτρογλυκερίνη, Βενζοδιαζεπίνες → αύξηση της ροής στα στεφανιαία αγγεία και μείωση της διέγερσης του συμπαθητικού.
- Φάρμακα δεύτερης γραμμής: αναστολείς διαύλων ασβεστίου (Βεραπαμίλη) και α-blockers (Φαιτολαμίνη)
- Προσοχή στη χορήγηση:
 - Αδρεναλίνη: διεγείρει το συμπαθητικό σύστημα και αυξάνει τις ανάγκες του μυοκαρδίου σε οξυγόνο, όπως και η κοκαΐνη → αν κριθεί αναγκαία η χρήση της μετά από εξατομικευμένη συνεκτίμηση των δεδομένων, χορηγούνται μικρές δόσεις με μεγάλα μεσοδιαστήματα.
 - Αντιαρρυθμικά φάρμακα, π.χ. Λιδοκαΐνη: μειώνει τον επιληπτικό ουδό και αυξάνει την τοξικότητα της κοκαΐνης → χορηγείται μετά από εξατομικευμένη συνεκτίμηση των δεδομένων
 - b-blockers: αντενδείκνυνται σε ισχαιμία μυοκαρδίου οφειλόμενη στην κοκαΐνη, τουλάχιστον στην οξεία φάση, λόγω της επιδείνωσης της συστολής των στεφανιαίων αγγείων. Προτιμώνται οι αναστολείς με μικτή α και β αναστολή (π.χ. λαμπεταλόλη, αντιυπερτασικό χωρίς δράση στην κοκαϊνική αγγειοσύσπαση) ή με εκλεκτική β1 αναστολή (π.χ. εσμολόλη).
- Προσοχή στη θρομβόλυση: Οι περισσότεροι προτείνουν η θρομβόλυση να περιορίζεται μόνο σε εκείνες τις περιπτώσεις, κατά τις οποίες επιμένει η εικόνα εξελισσόμενου εμφράγματος, παρά την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής πρώτης γραμμής, και δεν είναι άμεσα διαθέσιμες στεφανιογραφία και αγγειοπλαστική. Προτιμάται η διαδερμική προσέγγιση των στεφανιαίων. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να υπάρχει χαμηλός κίνδυνος εγκεφαλικής ή άλλης αιμορραγίας και να έχει ρυθμιστεί ικανοποιητικά η αρτηριακή πίεση.



Αρρυθμίες

- Συχνότερα εμφανιζόμενες διαταραχές: κοιλική ταχυκαρδία και έκτακτες κοιλιακές συστολές. Συνήθως παροδικές και ανταποκρινόμενες στη χορήγηση βενζοδιαζεπινών.
- Έχουν επίσης περιγραφεί: κοιλική μαρμαρυγή, κοιλιακή ταχυκαρδία και κοιλιακή μαρμαρυγή. Όταν πρόκειται για απειλητικές για τη ζωή αρρυθμίες συνιστάται αντιμετώπιση της πιθανόν συνυπάρχουσας ισχαιμίας του μυοκαρδίου, διόρθωση των υφιστάμενων μεταβολικών διαταραχών και χορήγηση των κατάλληλων αντιαρρυθμικών.
- Συνιστάται να αποφεύγεται η χορήγηση αντιαρρυθμικών τύπου Ia (προκαϊναμίδη, κινιδίνη, δισοπυραμίδη).
- Εφόσον κρίνεται αναγκαία η χορήγηση b-blockers, είναι προτιμότερη η χορήγηση λαμπεταλόλης, παρά προπρανολόλης, λόγω της επιπρόσθετης αναστολής των α υποδοχέων.

Υπέρταση

- Συνήθως παροδική αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η οποία σπανίως χρήζει επείγουσας αντιμετώπισης. Ανταποκρίνεται στην ηρεμιστική δράση των βενζοδιαζεπινών
- Εάν η αρτηριακή πίεση είναι μεγαλύτερη από 230/150 mmHg → χορήγηση νιτροπρωσσικού νατρίου σε δόση 2 mg/kg/min, μέχρι 10 mg/kg/min.
- Εάν συνυπάρχει κλινικά σημαντική ταχυκαρδία: χορήγηση λαμπεταλόλης 50 mg iv, εντός 1 min.

Υπερθερμία

- Σκοπός είναι η πτώση της θερμοκρασίας κάτω από τους 40°C.
- Η χρήση της δαντρολένης αμφισβητείται, ενώ τα αντιπυρετικά δεν είναι αποτελεσματικά.
- Τοποθέτηση του ασθενούς σε δροσερό μέρος, αφαίρεση ρούχων και υποβοήθηση της εξάτμισης με χρήση ανεμιστήρων κ.λπ.
- Τοποθέτηση πάγου στις μηροβουβωνικές πτυχές και στις μασχαλιαίες κοιλότητες
- Άφθονη χορήγηση υγρών
- Μείωση της φυσικής δραστηριότητας
- Αντιμετώπιση της ψυχοκινητικής διέγερσης με φαρμακευτική καθήλωση με τη χορήγηση βενζοδιαζεπινών (π.χ. διαζεπάμη) και αποφυγή μέτρων σωματικού περιορισμού.

Ραβδομυόλυση λόγω μυϊκής νέκρωσης από:

- οξύ σύνδρομο διαμερίσματος λόγω πολύωρης πίεσης και ακινησίας στην ίδια θέση
- έντονη ψυχοκινητική διέγερση ή/και υπερθερμία
- αντιμετώπιση της ψυχοκινητικής διέγερσης με μέτρα σωματικού περιορισμού/καθήλωσης

→ Κίνδυνος οξείας νεφρικής ανεπάρκειας → αιμοκάθαρση.

- Εισαγωγή στο νοσοκομείο και νεφρολογική εκτίμηση
- Άφθονη χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων ενδοφλεβίως
- Αλκαλοποίηση των ούρων
- Στενή παρακολούθηση ζωτικών σημείων, ισοζυγίου υγρών, μέτρηση ηλεκτρολυτών, CPK και ανάλογη αντιμετώπιση.
- Μέτρα αντιμετώπισης υπερθερμίας
- Αντιμετώπιση της ψυχοκινητικής διέγερσης με φαρμακευτική καθήλωση με τη χορήγηση βενζοδιαζεπινών (π.χ. διαζεπάμη) και αποφυγή μέτρων σωματικού περιορισμού.

4.5.3. ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΤΟΞΙΚΩΣΗΣ ΑΠΟ ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ

- **συνθετικά:**
 - διαιθυλαμιδο-λυσσεργικό οξύ (LSD)
 - φαινυλ-κυκλιδίνη (PCP, angel dust)
 - κεταμίνη
- **φυτικά:**
 - μεσκαλίνη (σε κάκτους Peyote και San Pedro)
 - Indoles (σε Kratom και Hawaiian Baby Woodrose)
 - τρυπταμίνες (σε φυτά οικογένειας ακακίας, Banisteriopsis caapi, ψυλοκυβίνη σε μαγικά μανιτάρια, στους δερματικούς αδένες γυρίνων).
Ayahuasca (@ Erowid) ή *acaciahuasca*: αφέψημα από φυτά τα οποία περιέχουν τρυπταμίνες μαζί με φυτό, το οποίο περιέχει αναστολείς της MAO.
 - Ibogaine
 - Salvinorin-A (*Salvia Divinorum*, αγωνιστής κ-οπιοειδών υποδοχέων και μερικός αγωνιστής D2- ντο-παμινεργικών υποδοχέων)

Παρόμοια δράση με την κοκαΐνη αλλά ηπιότερο προφίλ: διέγερση, αύξηση θερμοκρασίας, ταχυκαρδία, υπέρταση, ταχύπνοια, ναυτία, έμετος ανορεξία, άπνοια, μυδρίαση, νυσταγμός.

Η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος δεν αποτελεί συχνό σημείο και όταν υπάρχει πρέπει να θέτει την υποψία αλληλεπίδρασης ουσιών (π.χ. σεροτονινεργικό σύνδρομο).

Υπερτερούν οι διαταραχές αντίληψης, συναισθησία, έντονα χρώματα και ήχοι, διασχιτικά/ αποσυνδεδετικά φαινόμενα, ψυχογενής αμνησία και φυγή, αποπροσωποποίηση και αποπραγματοποίηση, συναισθηματική αστάθεια (μεταπτώσεις από την ευφορία στη διέγερση και την επιθετικότητα), έντονες ψυχωτικές εκδηλώσεις, σύγχυση, αδιαφορία για την προσωπική ασφάλεια, κρίσεις πανικού και ανεξέλεγκτες καταστάσεις. Επίσης flash backs (επανεμφάνιση της συμπτωματολογίας μετά από παρέλευση ετών από τη τελευταία χρήση και χωρίς να βρίσκεται το άτομο σε τοξίκωση).

Αντιμετώπιση οξείας τοξίκωσης από Ψευδαισθησιογόνα

- Προσεκτική φυσική εξέταση για τον αποκλεισμό τραυματικών κακώσεων που συνέβησαν υπό την επήρεια.
- Πρόληψη ατυχημάτων και η προστασία του ασθενούς από τη δράση του ψευδαισθησιογόνου
- Ηρεμία, καθυσχασμός, αποφυγή εριστικής συμπεριφοράς από τη μεριά του υγειονομικού προσωπικού
- Εξασφάλιση ενός χώρου με μειωμένα ερεθίσματα που να εγγυάται τόσο την ασφάλεια του προσωπικού όσο και την προστασία του ασθενούς, αν είναι εφικτό χωρίς άλλα άτομα παρά μόνο αυτόν που φροντίζει τον ασθενή.
- Ετοιμότητα για την απότομη αλλαγή κλινικής εικόνας και συμπεριφοράς (κατάλληλο προσωπικό και φάρμακα).

Για όλες τις επιπλοκές ακολουθείται το πρωτόκολλο που περιγράφεται για την κοκαΐνη και τα άλλα διεγερτικά. (Βλ. 4.5.2)

4.5.4. ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΤΟΞΙΚΩΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΑ

Trihexyphenidyl (Artane®), Biperiden (Akineton®), Orphenadrine (Disipal®), Procyclidine, Benztropine.

Άλλα φάρμακα με συνεργετική αντιχολινεργική δράση: αντιϊσταμινικά, αντιψυχωτικά 1^{ης} γενιάς, τρικυκλικά αντι-καταθλιπτικά, αντιεπιληπτικά (καρβαμαζεπίνη), αντιεμετικά, τοπικά μυδριατικά/ οφθαλμοπληγικά, αντιπαρκινσονικά.

Στη χώρα μας γίνεται ευρύτατη κατάχρηση αντιχολινεργικών φαρμάκων, όπως και του φυτού *Datura Stramonium*, το οποίο περιέχει αλκαλοειδή μπελαντόνας (ατροπίνη, σκοπολαμίνη) και αυτοφυεί στην Ελλάδα. Η δράση προκύπτει από τον ανταγωνισμό της ακετυλχολίνης και αποκλεισμό κεντρικών και περιφερικών μουσκαρινικών υποδοχέων.

Κυμαινόμενη εικόνα παραληρήματος με συγχυτικοδιεγερτική κατάσταση, δυσαρθρία, θάμβος όρασης, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, ψυχωτικές εκδηλώσεις (διαταραχές αντίληψης και σκέψης), τρόμος, η οποία, σπάνια, κλιμακώνεται σε κωματώδη κατάσταση με μυϊκή υπερτονία και επιληπτικές κρίσεις. Επίσης περιφερικά συμπτώματα όπως υπερθερμία, μυδρίαση, ταχυκαρδία, μειωμένη εντερική κινητικότητα, επίσχεση ούρων. Επιπλοκές: πολύ σπάνια καρδιοτοξικότητα, αναπνευστική ανεπάρκεια και ραβδομυόλυση. Ο θάνατος είναι επίσης πολύ σπάνιος. Οι επαγόμενες ψυχωτικές εκδηλώσεις μπορεί να είναι πολύ σοβαρές, με έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, δύσκολες στη διαφοροδιάγνωση, επιμένουσες για διάστημα πέραν του ενός μηνός.

Υπερδοσολογία με διάφορες ουσίες μπορεί να περιπλέξει την κλινική εικόνα.

Αντιμετώπιση υπερδοσολογίας από αντιχολινεργικά

- Βενζοδιαζεπίνες για την διέγερση (και τις επιληπτικές κρίσεις, αν εμφανιστούν).
- Αντενδείκνυνται μείζονα κατασταλτικά (αντιψυχωτικά, κυρίως αλοπεριδόλη).
- Συμπτωματική αντιμετώπιση των υπολοίπων.
- Η χρήση φυσοστιγμίνης είναι αμφιλεγόμενη και περιορίζεται σε πολύ βαριά, μη αναστρέψιμα με βενζοδιαζεπίνες περιστατικά και αφού συμβουλευτούμε το Κέντρο Δηλητηριάσεων. (Τηλέφωνο: 210 7793777).
- Τα αντιπυρετικά δεν έχουν αποτέλεσμα, συνιστάται ψύξη και νοσηλευτική φροντίδα.

4.6. Διάγνωση και αντιμετώπιση οξείας τοξίκωσης από κανναβινοειδή

- Συμπτώματα που συνδέονται με τη χρήση κάνναβης: διαταραχή του συντονισμού, ορθοστατική υπόταση, μειωμένη συγκέντρωση, λήθαργος, αύξηση χρόνου αντίδρασης, συναισθηματική αστάθεια, άγχος, κρίσεις πανικού, ψυχωτικές εκδηλώσεις. Επίσης flash backs (επανεμφάνιση της συμπτωματολογίας μετά από παρέλευση ετών από τη τελευταία χρήση και χωρίς να βρίσκεται το άτομο σε τοξίκωση).
- Η χρήση κάνναβης από υγιείς ενήλικες δεν προκαλεί απειλητικά για τη ζωή φαινόμενα. Τα συμπτώματα αυτά στους ενήλικες έχουν καλοήγη πορεία και σπάνια χρειάζονται παρέμβαση, συνήθως υποχωρούν χωρίς να χρειάζεται φαρμακευτική παρέμβαση. Η αντιμετώπιση είναι συμπτωματική και υποστηρικτική.
- Οι επαγόμενες ψυχωτικές εκδηλώσεις όμως μπορεί να επιμένουν και έχουν συνήθως χαρακτήρα παραληρητικών ιδεών με αληθοφανές, παρανοϊκό περιεχόμενο και ακουστικές ψευδαισθήσεις, τα οποία μπορεί να κλιμακωθούν σε αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, η οποία χρήζει νοσηλείας και φαρμακευτικής αντιμετώπισης.
- Η λήψη όμως ουσιών που περιέχουν τετραϋδοκανναβινόλη (THC) σε υψηλή συγκέντρωση από παιδιά είναι δυνατόν να οδηγήσει γρήγορα σε λήθαργο, βραδυκαρδία, άπνοια και κυάνωση.

Συνθετικοί Αγωνιστές Κανναβινοειδών Υποδοχέων

- Μια μεγάλη ομάδα χημικά μη συγγενών μεταξύ τους ουσιών, οι οποίες παρουσιάζουν δράση αγωνιστή στους κανναβινοειδείς υποδοχείς (CB1, CB2).

- Μεγαλύτερη χημική συγγένεια με τους κανναβινοειδείς υποδοχείς, μεγαλύτερη ισχύς (έως και 80-100x για το AMB-Fubina και άλλα) και μεγαλύτερος χρόνος ημίσειας ζωής σε σχέση με την THC.
- Μεγαλύτερου βαθμού εξάρτηση και στερητικό, σοβαρές ψυχωτικές εκδηλώσεις, επιληπτικές κρίσεις, υποκαλσιμία, κώμα, κίνδυνος σεροτονεργικού συνδρόμου.

4.7. Αντιμετώπιση υπερδοσολογίας σε εγκύους χρήστριες

ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΣΕ ΕΓΚΥΟΥΣ ΧΡΗΣΤΡΙΕΣ

- Στην υπερβολική δόση με οπιοειδή ή/και βενζοδιαζεπίνες, δεν ισχύουν οι περιορισμοί που περιγράφονται σε περίπτωση στερητικού συνδρόμου διότι πρόκειται για επείγουσα κατάσταση και προέχει η άμεση αντιμετώπιση μιας επικίνδυνης για τη ζωή της дуάδας μητέρα-έμβρυο/μητέρα-νεογνό εικόνας. Θα ακολουθηθούν τα πρωτόκολλα όπως περιγράφονται στις αντίστοιχες παραγράφους. (Βλ. 4.2.3. και 4.3.2.)
- Στην υπερβολική δόση με κοκαΐνη ή άλλα διεγερτικά η συμπαθητικομιμητική, η αντιχολινεργική και ντοπαμινεργική δράση προκαλεί αύξηση των ζωτικών λειτουργιών και κίνδυνο επιπλοκών για το έμβρυο. Θα ακολουθηθούν τα πρωτόκολλα όπως περιγράφονται στις αντίστοιχες παραγράφους. (Βλ. 4.5.2.)



5. ΑΛΛΕΣ ΣΟΒΑΡΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΧΡΗΣΤΕΣ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

(Βλ. Διάγραμμα 3, σελ. 86)

5.1. Ψυχιατρικές διαταραχές

5.1.1. ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ, ΕΠΑΓΟΜΕΝΕΣ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Σημαντικό διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα αποτελεί η εμφάνιση ψυχωτικού επεισοδίου σε νεαρό άτομο, ιδιαίτερα αν πρόκειται για πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Η πλέον συχνή αιτία είναι η πρωτοεμφανιζόμενη σχιζοφρενική ψύχωση ή ψυχωτικές εκδηλώσεις σε πλαίσια άλλης ψυχιατρικής αιτιολογίας (μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο, κλπ). Τα οργανικά αίτια περιλαμβάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, όπως και κρανιοεγκεφαλική κάκωση, χωροκατακτητική επεξεργασία εγκεφάλου, παθολογικές νόσους, φάρμακα, κ.α.. Οι επαγόμενες από χρήση ψυχοδραστικών ουσιών ψυχωτικές εκδηλώσεις προκαλούνται συνήθως σε τοξίκωση, αλλά και σε στερητικό, από κοκαΐνη, ινδική κάνναβη, αμφεταμίνες ψευδαισθησιογόνα, άλλα διεγερτικά, αντιχολινεργικά φάρμακα, αλκοόλ, βενζοδιαζεπίνες (τα οπιοειδή εμπλέκονται σπανιότατα). Πολύ συχνά η κλινική εικόνα είναι πανομοιότυπη, μη διαφοροδιαγνώσιμη από ψυχωτικά συμπτώματα σε πλαίσια άλλης ψυχιατρικής αιτιολογίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15
ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΨΥΧΩΤΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

- Λήψη πλήρους ψυχιατρικού ιστορικού και ιστορικού χρήσης
- Ακριβής αναγνώριση της ψυχοπαθολογίας
- Ακριβής χρονική έναρξη της ψυχοπαθολογίας
- Χρονική συσχέτιση της ψυχοπαθολογίας με τη χρήση ή το στερητικό
- Ταυτοποίηση των χρησιμοποιούμενων ψυχοδραστικών ουσιών
- Παρουσία ή απουσία της ψυχοπαθολογίας σε διαστήματα αποχής από τις ουσίες
- Παρουσία ψυχοπαθολογίας ή όχι πριν από την έναρξη χρήσης
- Παρακολούθηση της εξέλιξης της ψυχοπαθολογίας για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα
- Αυτοπεριοριζόμενη εικόνα: ύφεση ή όχι εντός 1-2 μηνών από την τελευταία χρήση ή λήξη του στερητικού
- Αποκλεισμός άλλων οργανικών αιτίων, πλήρης εργαστηριακός και κλινικός έλεγχος, τοξικολογική εξέταση ούρων

(Schuckit, 2006)

Διαχείριση ψυχωτικού επεισοδίου	
Μη επείγον περιστατικό	Επείγον περιστατικό
↓	Δεν προέχει η τοποθέτηση σαφούς διάγνωσης. Απαιτείται άμεση χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής: - Αλοπεριδόλη: 5 έως 10 mg από στόματος, μπορεί να επαναληφθεί μετά από 12 ώρες, έως τη μέγιστη δόση των 20-30 mg/ημέρα ή 2 έως 10mg ενδομυϊκώς που επαναλαμβάνονται ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενούς μέχρι την μέγιστη δόση των 30mg ημερησίως. Προσοχή στη παράταση του διαστήματος QT και/ή κοιλιακών αρρυθμιών. - Άλλα αντιψυχωτικά: ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη - Προσοχή χρειάζεται στη χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων λόγω της αθροιστικής δράσης τους με ψυχοδραστικές ουσίες που τυχόν να έχει πρόσφατα πάρει ο χρήστης.
↓	Στη συνέχεια και αφού έχει σταθεροποιηθεί η κλινική εικόνα ↓
Παραπομπή σε ψυχιατρικό τμήμα	
Ακολουθούνται τα βήματα της διαφοροδιάγνωσης μεταξύ ψυχωτικού επεισοδίου σε πλαίσιο ψυχιατρικής νόσου ή ψυχωτικού επεισοδίου επαγόμενου από ουσίες.	
↓	
Ψυχωτικό επεισόδιο σε πλαίσιο ψυχιατρικής νόσου	Ψυχωτικό επεισόδιο επαγόμενο από ουσίες
↓	Αξιολόγηση επαγόμενων συμπτωμάτων:
Ψυχιατρική αντιμετώπιση	- οφείλονται σε ποιες ουσίες; - σε τι ποσότητα έχουν ληφθεί - το χρονικό διάστημα που έχει περάσει από την τελευταία λήψη - την οδό χορήγησης - οφείλονται σε τοξίκωση ή στερητικό; - κίνδυνος εμφάνισης υπερδοσολογίας ή στερητικού
	Αντιμετώπιση
	- περιορισμένης διάρκειας φαρμακευτική αγωγή - αποχή - η ανάγκη ή όχι εισαγωγής σε ψυχιατρική κλινική θα κριθεί από τη βαρύτητα και διάρκεια των συμπτωμάτων.
	Επακόλουθη παραπομπή για θεραπεία σε πρόγραμμα απεξάρτησης (www.ektepn.gr/Odigos-Ypiresion-Exartiseon)

5.1.2. ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Συννοσηρότητα σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής και χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών. Η αντιμετώπιση είναι ολιστική, σφαιρική και αποσκοπεί σε ύφεση και σταθεροποίηση και των δύο προβλημάτων.

- Σε περιπτώσεις ψύχωσης σε πλαίσια ψυχιατρικής νόσου με ταυτόχρονη χρήση: προέχει ο έλεγχος των ψυχιατρικών συμπτωμάτων από την παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος. Συστήνεται νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική και κατά τη διάρκεια αυτής υποστηρίζεται φαρμακευτικά η αποτοξίνωση (με ή χωρίς συνεννόηση με εξειδικευμένο φορέα). Στη συνέχεια παραπέμπεται σε πρόγραμμα απεξάρτησης με ύπαρξη Μονάδας Διπλής Διάγνωσης (αν είναι εφικτό). <http://www.ektepn.gr/Odigos-Ypiresion-Exartiseon>
- Σε όλες τις περιπτώσεις πρέπει να γίνει σαφές στον θεραπευόμενο ότι η χρήση ουσιών μπορεί να πυροδοτεί, να επιδεινώνει ή και να προκαλεί την ψυχοπαθολογία του (σε εκδηλώσεις προκαλούμενες από τη χρήση ουσιών) και ότι η διατήρηση αποχής και η συμμόρφωση στην αγωγή είναι απαραίτητα για την αποκατάσταση του.

5.2. Χειρουργική επέμβαση

Σε περίπτωση προγραμματισμένου χειρουργείου ή άλλης επέμβασης είναι επιθυμητό να γίνεται αποτοξίνωση πρώτα, λόγω ανοχής και ανάγκης χορήγησης μεγάλων δόσεων αναλγητικών και υπνωτικών κατά την αναισθησία.

Η βέλτιστη κλινική πρακτική για την αντιμετώπιση του περιεγχειρητικού άλγους περιλαμβάνει πλήρη προεγχειρητική αξιολόγηση σε συνδυασμό με διεπιστημονική συνεργασία (χειρουργός, αναισθησιολόγος, άλλες ειδικότητες, ψυχίατρος) και πολυεπίπεδη προσέγγιση [φαρμακευτική ή/και μη φαρμακευτική αναλγησία, γενική ή περιοχική αναισθησία όπως νευραξονική αναισθησία (ραχιαία/υπαραχνοειδής, επισκληρίδια), αποκλεισμός πλεγμάτων, αποκλεισμός περιφερικών νεύρων και τοπική/ επιφανειακή αναισθησία].

Η χορήγηση οπιοειδών (ιδιαίτερα αυτών με μεγάλο χρόνο ημιζωής) για χρόνιο άλγος πρέπει να συνεχίζεται σε όλη την περιεγχειρητική περίοδο, συμπεριλαμβανομένου του πρωινού πριν το χειρουργείο/επέμβαση. Η θεραπεία υποκατάστασης χρηστών με αγωνιστές οπιοειδών (βουπρενορφίνη με ή χωρίς ναλοξόνη, μεθαδόνη) πρέπει επίσης να συνεχίζεται σε όλη την περιεγχειρητική περίοδο. Η ναλτρεξόνη αντίθετα θα πρέπει να διακόπτεται τουλάχιστον 72 ώρες προεγχειρητικά.

Η ενεργή χρήση όμως δεν είναι απαγορευτική για αναισθησία και χειρουργείο, και όχι μόνο σε έκτακτες/επείγουσες καταστάσεις. Ο αναισθησιολόγος θα προσαρμόσει τη δόση βάσει αυτοαναφοράς και κλινικής εικόνας.

Θα πρέπει να δίνονται λεπτομερείς μετεγχειρητικές οδηγίες κατά το εξιτήριο και να ακολουθεί στενή μετεγχειρητική παρακολούθηση.

Προσοχή για εμφάνιση στερητικού μετεγχειρητικά, το οποίο μπορεί να καθυστερήσει λόγω χορήγησης οπιοειδών για μετεγχειρητική αναλγησία.

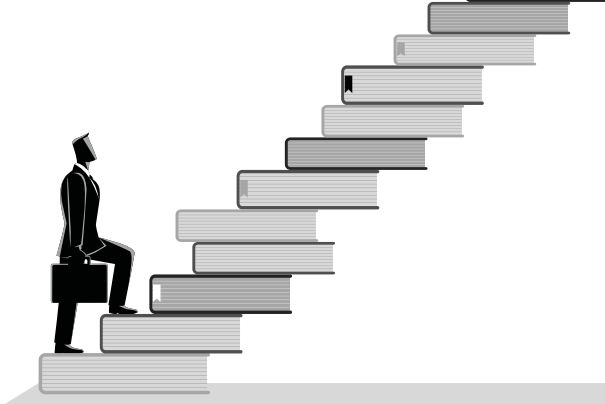
5.3. Ασθενείς με οξύ ή χρόνιο άλγος, εξαρτημένοι από οπιοειδή

Ανεξάρτητα από τη χρήση συνταγογραφούμενων ή παράνομων οπιοειδών και τη βαρύτητα της εξάρτησης (βαθμός ανοχής, οδός χορήγησης, ιατρικές/ψυχιατρικές/κοινωνικές/νομικές επιπτώσεις) ο χρήστης έχει δικαίωμα σε επαρκή αναλγησία για οξύ ή χρόνιο πόνο.

Γενικές Αρχές Αντιμετώπισης οξέος ή χρόνιου άλγους (σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών γενικού ή ψυχιατρικού νοσοκομείου, σε Κέντρο Υγείας ή σε εξωτερικά ιατρεία)

- Αξιολόγηση της ύπαρξης ή όχι και του βαθμού του άλγους, όπως και του υποκείμενου νοσήματος.
- Αξιολόγηση του βαθμού ανοχής (ουσία, χρόνος και ποσότητα τελευταίας χρήσης, μέση ποσότητα ημερήσιας χρήσης οπιοειδούς κατά τον τελευταίο μήνα).
- Ένας ασθενής, ο οποίος επικαλείται άλγος και εμφανίζει συμπεριφορά αναζήτησης ουσίας, ζητώντας επιτακτικά τη χορήγηση ή συνταγογράφηση οπιοειδούς αναλγητικού μπορεί να είναι μεν εξαρτημένος στα οπιοειδή, να εμφανίζει δε, πραγματικά, κάποιο ανεπαρκώς διαχειριζόμενο άλγος λόγω ανοχής και να χρήζει αυξημένης ανακούφισης από τον πόνο.
- Αύξηση της δόσης των μη-οπιοειδών αναλγητικών στο μέγιστο δυνατόν.
- Σε περίπτωση ανάγκης χορήγησης οπιοειδών πιθανότατα να απαιτηθεί μεγαλύτερη από το σύνηθες δόση (λόγω μεγάλης ανοχής) για επαρκή αναλγησία.
- Προσοχή στο, μεγάλο εύρος, βαθμό ανοχής του κάθε ασθενούς.
- Ακολουθούνται πρωτόκολλα προσεκτικής τιτλοποίησης, παρακολούθησης και εξατομικευμένης αυξομείωσης ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενούς και την υποκείμενη κατάσταση.
- Σε περίπτωση ασθενούς σε υποκατάσταση με βουπρενορφίνη, η χορήγηση καθιερωμένων οπιοειδών αναλγητικών (κωδεΐνη, τραμαδόνη, πεθιδίνη, άλλα συνθετικά οπιοειδή, μορφίνη) μπορεί να αποδειχθεί λιγότερο αποτελεσματική λόγω μεγαλύτερης χημικής συγγένειας της βουπρενορφίνης στους μ-υποδοχείς και εκδίωξης των άλλων οπιοειδών. Πιθανότατα να απαιτηθεί μεγαλύτερη από το σύνηθες δόση.
- Η χορήγηση οπιοειδών μεγάλης ισχύος όπως η φεντανύλη μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική.
- Συστήνεται η επικοινωνία και συνεργασία με ή και η παραπομπή σε αναισθησιολόγους και ιατρεία πόνου.
- Ασθενείς, οι οποίοι χρήζουν χορήγησης πολύ υψηλών δόσεων οπιοειδών καλό θα ήταν να νοσηλεύονται σε κλινικές με εκπαιδευμένο, έμπειρο και εξειδικευμένο προσωπικό.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συστήνει σε προηγούμενες κατευθυντήριες γραμμές την 'κλίμακα διαχείρισης άλγους' (pain management ladder), η οποία περιλαμβάνει τρεις αρχές: από του στόματος αγωγή, κάθε μέρα-όλη μέρα, κλιμάκωση (μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη → ήπια οπιοειδή → ισχυρά οπιοειδή και παράλληλη συμπληρωματική αγωγή). Η κλίμακα αυτή αποτελεί ένα γενικό πλαίσιο, το οποίο πρέπει να εξατομικεύεται.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- › Αναγνώστου, Ο & Κοκκώλης, Κ. Θεραπείες Διαταραχών Χρήσης Ουσιών, Πρακτικός οδηγός αναφοράς για την άμεση αντιμετώπιση της τοξίκωσης και της στέρησης. 2015. Έκδοση του ΟΚΑΝΑ.
- › ΕΚΤΕΠΝ. Οδηγός Υπηρεσιών Εξαρτήσεων. 2022. Available from: www.ektepn.gr/Odigos-Ypiresion-Exartiseon
- › ΕΟΔΥ. Κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη της κάθετης μετάδοσης της HIV λοίμωξης από την μητέρα στο νεογνό. 2020. Available from: https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/10/hiv-aids-kat-odigies-katheti-metadosi_07-09-2020.pdf
- › ΕΟΔΥ Οδηγίες για την παραπομπή και τη διασύνδεση ευάλωτων πληθυσμών που ζουν με τον HIV. 2018. Available from: <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2018/12/odigies-gia-parapompi-diasindesi.pdf>
- › Κοκκώλης Κωνσταντίνος. (2020). Προσαρμογή του Ερωτηματολογίου Australian Treatment Outcomes Profile – ATOP: Ένα Χρήσιμο Εργαλείο για τα Θεραπευτικά Προγράμματα Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων στην Ελλάδα, <https://pergamos.lib.uoa.gr/uoa/dl/object/2897004>
- › Μουσσάς, ΓΙ, Νταντούτη, Γ, Δουζένης, Α, Πουλής, Ε, Τσελεμής, Α, Μπράτης, Δ, Χριστοδούλου, Χ & Λύκουρας, Ε. Αξιοπιστία και εγκυρότητα της ελληνικής μετάφρασης του ερωτηματολογίου Ανίχνευσης Διαταραχών Κατάχρησης-Εξάρτησης Αλκοόλ (AUDIT). Ψυχιατρική, 2010;21, 54-59. Available from: <https://www.psychiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/21.1-GR-2010-54.pdf>
- › Τσατσαρώνη Χαρίκλεια. Κύηση και Χρήση Ουσιών. 2013. Έκδοση του ΟΚΑΝΑ. Available from: https://www.okana.gr/sites/default/files/dmdocuments/kuisi_Final.pdf
- › American Society of Addiction Medicine (ASAM). Addiction Medicine Essentials. Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised (CIWA-Ar). Supplement to ASAM News, Vol. 16, No. 1; Jan-Feb 2001
- › American Society of Addiction Medicine (ASAM), Committee on Obstetric Practice. Opioid Use and Opioid Use Disorder in Pregnancy. 2017. Number 711 (Replaces Committee Opinion Number 524, May 2012. Reaffirmed 2021). Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/08/opioid-use-and-opioid-use-disorder-in-pregnancy>
- › American Society of Addiction Medicine (ASAM). National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder. 2020 Focused Update; J Addict Med. Mar/Apr 2020;14(2S Suppl 1):1-91. Available from: doi: 10.1097 / ADM.0000000000000633.
- › Andrews, P. Coca-ethylene toxicity. J Addict Dis. 1997;16(3):75-84. Available from: doi: 10.1300/J069v16n03_08.
- › Australian Ministry of Health, Models of Intervention and Care for Psychostimulant Users, 2nd edition – Monograph Series No 51. The psychostimulant withdrawal syndrome. 2004. Available from: <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/drugtreat-pubs-modpsy-toc~drugtreat-pubs-modpsy-3~drugtreat-pubs-modpsy-3-7~drugtreat-pubs-modpsy-3-7-pws>
- › Bell J, Towers CV, Hennessy MD, Heitzman C, Smith B, Chattin K. Detoxification from opiate drugs during pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2016 Sep;215(3):374.e1-6. Available from: doi: 10.1016/j.ajog.2016.03.015. Epub 2016 Mar 17. PMID: 26996987.
- › Blodgett, JC, Maisel, NC, Fuh, IL, Wilbourne, PL & Finney, JW. How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review. 2014. Journal of Substance Abuse Treatment; 46 (2):87–97. Available from: doi:10.1016/j.jsat.2013.08.022.

- Bruneau, J, Ahamad, K, et al.; on behalf of the CIHR Canadian Research Initiative in Substance Misuse. GUIDELINE Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. CMAJ 2018 March 5;190:E247-57. Available from: doi: 10.1503/cmaj.170958. www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.170958/-/DC1
- Burns SL, Majdak P, Urman RD. Perioperative and Periprocedural anesthetic management of opioid tolerant patients and patients with active and medically treated opioid use disorder. Curr Opin Anaesthesiol. 2022 Aug 1;35(4):514-520. doi: 10.1097/ACO.0000000000001157. Epub 2022 Jul 5. PMID: 35788122; PMCID: PMC9308736.
- Busto UE, Sykora K, Sellers EM. A clinical scale to assess benzodiazepine withdrawal. J Clin Psychopharmacol. 1989 Dec;9(6):412-6. PMID: 2574193.
- Centers for Disease Control and Prevention. Health alert network: recommendations for laboratory testing for acetyl fentanyl and patient evaluation and treatment for overdose with synthetic opioid. 2013. Available from: <https://www.firstwatch.net/cdc-health-alertnetworkadvisory-recommendations-laboratory-testing-acetyl-fentanyl-patient-evaluation/>. Accessed Mar 1, 2018.
- CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain - United States, 2016. Morbidity and Mortality Weekly Report. Available from: www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/Opioid-Morphine-EQ-Conversion-Factors-March-2015.pdf CDC.
- Centers for Disease Control and Prevention. Opioid overdose. Available from: <https://www.cdc.gov/drugoverdose/index.html>. Accessed Feb 28, 2018.
- Centre for Addiction and Mental Health, Ontario. Switching Opioids Safely to Prevent Overdose for Outpatients Prescribed Opioids for Chronic Pain. Available from: <https://www.porticonetwork.ca/documents/489955/0/Switching+Opioids+to+Safely+to+Prevent+Overdose+for+Outpatients+Prescribed+Opioids+for+Chronic+Pain/7cb18889-b17e-4b71-b7c2-d3ae4fcdf5af>
- Chutuape, MA, Jasinski, DR, Fingerhood, MI & Stitzer ML. One-, three-, and six-month outcomes after brief inpatient opioid detoxification. 2001. Am J Drug Alcohol Abuse; 27(1):19-44. Available from: doi: 10.1081/ada-100103117.
- Connery, HS. Medication-assisted treatment of opioid use disorder: review of the evidence and future directions. Harv Rev Psychiatry. 2015; 23(2):63-75. Available from: DOI: 10.1097/HRP.0000000000000075
- Day, E & Daly C. (2021). Clinical management of the alcohol withdrawal syndrome. Addiction. Published online 2021 Jul 21. 2022;117:804–814. Available from: doi: 10.1111/add.15647.
- DeVido, J, Bogunovic, O & Weiss, RD. Alcohol Use Disorders in Pregnancy. Harv Rev Psychiatry. 2015 ; 23(2): 112–121. Available from: doi:10.1097/HRP.0000000000000070.
- Diaper, AM, Law, FD & Melichar, JK. Pharmacological strategies for detoxification. Psychopharmacology Unit, University of Bristol, Bristol, UK. 2013. British Journal of Clinical Pharmacology, 77:2, 302-314. Available from: doi: 10.1111/bcp.12245.
- Dunn, KE, Tompkins, DA, Bigelow, GE & Strain, EC. Efficacy of Tramadol Extended-Release for Opioid Withdrawal, A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2017 Sep; 74(9): 885–893. Available from: doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1838
- Egred, M & Davis, GK. Cocaine and the heart. Postgrad Med J. 2005;81:568–571. Available from: doi: 10.1136/pgmj.2004.028571
- EMCDDA. Pregnancy, childcare, and the family: Key issues for Europe's response to drugs-Selected Issue 2012. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/children>.
- EMCDDA. European Drug Report 2021: Trends and Developments. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2021_en
- Faul, M, Lurie, P, Kinsman, JM, Dailey, MW, Crabaugh, C & Sasser, SM. Multiple naloxone administrations among emergency medical service providers is increasing. Prehospital Emergency Care. 2017 Apr; 26:1-8. Available from: doi: 10.1080/10903127.2017.1315203.

- Franken, IH and Hendriks, VM. Predicting outcome of inpatient detoxification of substance abusers. *Psychiatr Serv.* 1999; 50(6):813-7. Available from: doi: 10.1176/ps.50.6.813.
- Gibson GJ, Geddes DM, Costabel U, Sterk P, Corrin B, editors. *Respiratory Medicine*. Saunders, UK, Publishers. 3rd edition, 2003.
- Government of South Australia, SA Health. Opioid withdrawal management. 2021. Available from: <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+resources/clinical+programs+and+practice+guidelines/substance+misuse+and+dependence/substance+withdrawal+management/opioid+withdrawal+management>
- Government of South Australia, SA Health. Medical management of patients at risk of opioid withdrawal. Clinical Guideline No: CG245. 2020. Available from: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/d32c50804c93b22c8aa38e6fd538dbf3/Clinical_Guideline_Medical_Management_of_Patients_at_Risk_of_Opioid-Withdrawal_v1.2_040520.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-d32c50804c93b22c8aa38e6fd538dbf3-nK0Z1cJ
- Government of Western Australia, Department of Health. WA Cancer and Palliative Care Network. Opioid Conversion Guide. 2015.
- Haber, PS, Demirkol, A, Lange, K & Murnion, B. Management of injecting drug users admitted to hospital. *The Lancet*. 2009; 374: 1284–93. Available from: doi: 10.1016/S0140-6736(09)61036-9.
- Hals G, Richardson SCW, Richland P. *Drugs of Abuse and Their Complications: Emergency Department Evaluation and Management: Part I*. 2001. Available from: <https://www.reliasmedia.com/articles/70948-drugs-of-abuse-and-their-complications-emergency-department-evaluation-and-management-part-i>
- Handelsman, L, Cochrane, KJ, Aronson, MJ et al. Two New Rating Scales for Opiate Withdrawal, The Subjective Opiate Withdrawal Scale (SOWS) and the Objective Opioid Withdrawal Scale (OOWS); *American Journal of Alcohol Abuse*. 1987;13, 293-308. Available from: doi: 10.3109/00952998709001515.
- Hawk K, McCormack R, Edelman EJ, et al. Perspectives About Emergency Department Care Encounters Among Adults With Opioid Use Disorder. *JAMA Netw Open*. 2022;5(1):e2144955. Available from: doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.44955
<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2788378>
- Heberlein, A, Leggio, L, Stichtenoth, D & Hillemacher T. The Treatment of Alcohol and Opioid Dependence in Pregnant Women. *Curr Opin Psychiatry*. 2012 Nov;25(6):559–564. Available from: doi:10.1097/YCO.0b013e328358ad36.
- Jones, AW. Forensic Drug Profile: Cocaethylene. *J Anal Toxicol*. 2019 Apr 1;43(3):155–160. Available from: doi: 10.1093/jat/bkz007.
- Jones HE, Martin PR, Heil SH, Kaltenbach K, Selby P, Coyle MG, Stine SM, O'Grady KE, Arria AM, Fischer G. Treatment of opioid-dependent pregnant women: clinical and research issues. *J Subst Abuse Treat*. 2008 Oct;35(3):245–59. Available from: doi: 10.1016/j.jsat.2007.10.007. Epub 2008 Jan 14. PMID: 18248941; PMCID: PMC2633026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2633026/pdf/nihms71150.pdf>
- Kang M, Galuska MA, Ghassemzadeh S. Benzodiazepine Toxicity. [Updated 2022 May 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482238/>
- Karakoula, P., Kokkolis, K., Tsatsaroni, C. et al. Cultural Adaptation and Psychometric Validation of the Australian Treatment Outcomes Profile for the Greek Population. *Int J Ment Health Addiction* (2021). Available from: <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00630-y>
- Kattimani, S. & Bharadwaj, B. Clinical management of alcohol withdrawal: A systematic review. *Ind Psychiatry J*. 2013 Jul-Dec; 22(2): 100–108. Available from: doi: 10.4103/0972-6748.132914

- › Klamann, SL, Isaacs, C, Leopold, A, Perpich, J, Hayashi, S, Vender, J, Campopiano, M & Jones HE. Treating Women Who Are Pregnant and Parenting for Opioid Use Disorder and the Concurrent Care of Their Infants and Children: Literature Review to Support National Guidance. J Addict Med _ Volume 11, Number 3, May/June 2017. Available from: DOI: 10.1097/ADM.0000000000000308
- › Landry, MJ. An overview of cocaethylene, an alcohol-derived, psychoactive, cocaine metabolite. J Psychoactive Drugs. Jul-Sep 1992;24(3):273-6. Available from: doi:10.1080/02791072.1992.10471648.
- › Lee JS. Overview of pulmonary disease in people who inject drugs. King TE Jr, Dieffenbach, P, editors. March, 2021. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-pulmonary-disease-in-people-who-inject-drugs>
- › Mc Geary KA, French MT. Illicit drug use and emergency room utilization. Health Serv Res. 2000 Apr; 35(1 Pt 1): 153–169. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089119/>
- › Manning et al. Alcohol and other Drug Withdrawal Guidelines. Victorian Department of Health and Human Services, Australia. 2018. Turning Point Publications. Available from: <http://s3-ap-southeast-2.amazonaws.com/turning-point-website-prod/drupal/inline-files/Alcohol-and-Drug-Withdrawal-Guidelines-2018.pdf>
- › McCambridge, J, Gossop, M, Beswick, T, Best, D, Bearn, J, Rees, S & Strang, J. In-patient detoxification procedures, treatment retention, and post-treatment opiate use: comparison of lofexidine + naloxone, lofexidine + placebo, and methadone. Drug Alcohol Depend. 2007; 88(1):91-5. Available from: doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.09.020.
- › Meyer, M & Wright, TE. Labor and Delivery Management in Women with Substance Use Disorder. Chapter 12 from Opioid-Use Disorders in Pregnancy, Section 2 - Antepartum and Intrapartum Care. Editor, Wright, TE. Published online by Cambridge University Press: 08 June 2018. Available from: <https://www.cambridge.org/core/books/abs/opioid-use-disorders-in-pregnancy/labor-and-delivery-management-in-women-with-substance-use-disorder/5566CBC90E7271466672ECB3E664A615>
- › National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Drug Misuse: Opioid detoxification, 2008. National Clinical Practice Guideline Number 52; PMID: 21452460, Bookshelf ID: NBK50622; Commissioned by NICE (National Institute for Health & Clinical Excellence); Published by the British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists
- › National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Drug Misuse: Opioid detoxification, 2019. National Clinical Practice Guideline Number 52; Commissioned by NICE (National Institute for Health & Clinical Excellence); Published by the British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg52/evidence/drug-misuse-opioid-detoxification-full-guideline-196515037>
- › NIDA. "Treating Opioid Use Disorder During Pregnancy" *National Institute on Drug Abuse*, 1 Jul. 2017. Available from: <https://nida.nih.gov/publications/treating-opioid-use-disorder-during-pregnancy> Accessed 11 Jul. 2022.
- › Nielsen, S, Larance, B, Degenhardt, L, Gowing, L, Kehler, C, Lintzeris, N. Opioid agonist treatment for pharmaceutical opioid dependent people. Cochrane Database Syst Rev. 2016, 9;(5):CD011117. doi: 10.1002/14651858.CD011117.pub2.
- › Nosyk, B, Li, L, Evans, E, Urada, D, Huang, D, Wood, E, Rawson, R and Hser, Y. Utilization and outcomes of detoxification and maintenance treatment for opioid dependence in publicly-funded facilities in California, US: 1991-2012. Drug Alcohol Depend. 2014; 143: 149–157. Available from: doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.07.020.
- › Olsen M. Prevention of Neonatal Abstinence Syndrome in an Outpatient Prenatal Buprenorphine Tapering Program. South Med J. 2020 Nov;113(11):553-558. Available from: doi: 10.14423/SMJ.0000000000001164. PMID: 33140108.
- › Qriouet, Z, Qmichou, Z, Bouchoutrouch, N, Mahi, H, Cherrah, Y & Sefrioui, S. Analytical Methods Used for the Detection and Quantification of Benzodiazepines. Hindawi Journal of Analytical Methods in Chemistry; Volume 2019, Article ID 2035492, 11 pages. Available from: <https://doi.org/10.1155/2019/2035492>
- › Queensland Government, Mental Health, Alcohol and Other Drugs Directorate. Queensland Alcohol and Drug Withdrawal Clinical Practice Guidelines, 2018. Queensland Health. Available from: www.health.qld.gov.au. https://adis.health.qld.gov.au/sites/default/files/resource/file/qh_detox_guide.pdf

- › Rausgaard, NLK, Ibsen, IO, Jørgensen, JS, Lamont, RF & Ravn, P. Management and monitoring of opioid use in pregnancy. *Acta ObstetGynecol Scand*.2020;99:7–15. Available from: DOI: 10.1111/aogs.13677
- › Renzelli, CM. and Capretto, NA. Less pain, more gain: buprenorphine-naloxone and patient retention in treatment. *J Addict Dis*. 2006; 25(3):97-104. Available from: doi: 10.1300/J069v25n03_12.
- › Rolland, B. et al. Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: The 2015 Recommendations of the French Alcohol Society, Issued in Partnership with the European Federation of Addiction Societies. *CNS NeurosciTher*. 2016 Jan;22(1):25-37. Available from: doi: 10.1111/cns.12489.
- › Royal Australian College of General Practitioners 2017. Prescribing drugs of dependence in general practice, Part C1 Opioids. 2017. Available from: <https://www.racgp.org.au/download/Documents/Guidelines/Addictive-drugs/Addictive-drugs-guide-C1.pdf>
- › Royal College of Emergency Medicine Best Practice Guideline. Drug misuse and the emergency department. 2019. Available from: https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2021/10/RCEM_BPC_DrugMisuse_FINAL2019.pdf
- › Ryan A, Holmes J, Hunt V, Dunlop A, Mammen K, Holland R, Sutton Y, Sindhusake D, Rivas G, Lintzeris N. Validation and implementation of the Australian Treatment Outcomes Profile in specialist drug and alcohol settings. *Drug Alcohol Rev*. 2014 Jan;33(1):33-42. doi: 10.1111/dar.12083. Epub 2013 Nov 11. PMID: 24206571.
- › SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services. Clinical Guidance for Treating Pregnant and Parenting Women With Opioid Use Disorder and Their Infants. HHS Publication No. (SMA) 18-5054. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2018. Available from: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma18-5054.pdf>
- › SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Administration, U.S. Department of Health and Human Services). Opioid Overdose Prevention TOOLKIT: Five Essential Steps for First Responders. 2018. Available from: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/five-essential-steps-for-first-responders.pdf>
- › Schuckit MA. Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*. 2006 Sep;101 Suppl 1:76-88. Available from: doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01592.x. PMID: 16930163.
- › Shah, K, Stout, B & Caskey, H. Tramadol for the Management of Opioid Withdrawal: A Systematic Review of Randomized Clinical Trials. *Cureus* 2010; 12(7): e9128. Available from: DOI 10.7759/cureus.9128
- › Smyth BP, Barry J, Keenan E, Ducray K. Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence. *Ir Med J*. 2010 Jun;103(6):176-9. PMID: 20669601.
- › Somerville NJ, O'Donnell J, Gladden RM, Zibbell JE, Green TC, Younkin M, Ruiz S, Babakhanlou-Chase H, Chan M, Callis BP, Kuramoto-Crawford J. Characteristics of Fentanyl overdose-Massachusetts, 2014-2016. US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017 Apr;66(14):382-386. Available from: doi: 10.15585/mmwr.mm6614a2.
- › Spear, SE. Reducing readmissions to detoxification: An Interorganizational Network Perspective. *Drug Alcohol Depend* 2014; 137: 76–82. Available from: doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.01.006.
- › Specka, M, Buchholz, A, Kuhlmann, T, Rist, F & Scherbaum, N. Prediction of the outcome of inpatient opiate detoxification treatment: Results from a multicenter study. *European Addiction Research* 2011; 17 (4):178–84. Available from: doi: 10.1159/000324873.
- › Srivastava, AB, Mariani, JJ & Levin, FR. New directions in the treatment of opioid withdrawal. *The LANCET, THERAPEUTICS*, June 20, 2020; Volume 395, Issue 10241, P1938-1948. Available from: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30852-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30852-7)
- › Sullivan, JT, Sykora, K, Schneiderman, J, Naranjo, CA. & Sellers, EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict*. 1989 Nov;84(11):1353-7. Available from: doi: 10.1111/j.1360-0443.1989.tb00737.x.

- › Swiss Guidelines Committee for Drugs of abuse testing (SCDAT). Guidelines for Drugs of Abuse Testing. 2012. Available from: https://www.fasv.ch/files/Richtlinien_vers-EN_2012-11-15_mod2013-05-23.pdf
- › Takase, I, Koizumi, T, Fujimoto, I, et al. An autopsy case of acetyl fentanyl intoxication caused by insufflation of "designer drugs." Legal Medicine.2016;21:38-44. Available from: doi: 10.1016/j.legalmed.2016.05.006.
- › Terplan, M, Laird, HJ, Hand, DJ, Wright, TE, Premkumar, A, Martin, CE, Meyer, MC, Jones, HE & Krans, EE. Opioid Detoxification During Pregnancy. Obstet Gynecol. 2018 May;131(5): 803–814. Available from: doi:10.1097/AOG.0000000000002562.
- › Towers, CV, Terry, T, Rackley, B, Hennessy, M &Visconti, K. Fetal Outcomes with Detoxification from Opioid Drugs during Pregnancy: A Systematic Review. Am J Perinatol. 2020 Jun;37(7):679-688. Available from: doi: 10.1055/s-0039-1688908. Epub 2019 May 19.
- › UK Department of Health (England) and the devolved administrations. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. 2007. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive. Available from: file:///C:/Users/USER/Downloads/UK01_Drug%20dependence_clinical%20guidelines.pdf
- › UK Specialist Clinical Addiction Network (SCAN). Consensus Project: Inpatient Treatment of Drug and Alcohol Misusers in the National Health Service. 2006. Available from: https://www.researchgate.net/publication/262876229_SCAN_Consensus_Project_Inpatient_Treatment_of_Drug_and_Alcohol_Misusers_in_the_National_Health_Service
https://www.drugsandalcohol.ie/17842/1/SCAN_Inpatient_Consensus_project_document_FINAL.pdf
- › Ventafridda V, Saita L, Ripamonti C, De Conno F. WHO guidelines for the use of analgesics in cancer pain. Int J Tissue React. 1985;7(1):93-6.
- › Wesson, DR & Ling, W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). J Psychoactive Drugs 2003;35(2): 253-259. Available from:doi: 10.1080/02791072.2003.10400007.
- › World Health Organization, General Department of Mental Health and Substance Dependence. Babor, TF, Higgins-Biddle, JC, Saunders, JB & Monteiro, MG. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition 2001; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf?sequence=1
- › World Health Organization. Clinical Guidelines for Withdrawal Management and Treatment of Drug Dependence in Closed Settings. Geneva: World Health Organization; 2009. SBN-13: 978-92-9061-430-2. Bookshelf ID: NBK310654 PMID: 26269862. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310654/>
- › World Health Organization. Community Management of Opioid Overdose. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137462/1/9789241548816_eng.pdf?ua=1&ua=1 Accessed Mar 1, 2018.
- › World Health Organization. WHO Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279700/9789241550390-eng.pdf>
- › WHO, Pain management ladder. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
- › Worley, W. Identification and management of prescription drug abuse in pregnancy. J Perinat Neonatal Nurs. Jul-Sep 2014;28(3):196-203. Available from: doi: 10.1097/JPN.0000000000000039.

CLINICAL OPIATE WITHDRAWAL SCALE, COWS

Wesson, D R, & Ling, W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). J Psychoactive Drugs, 2003;35(2), 253–9.

Όνομα ασθενούς:

Ημερομηνία λήψης:

1. Καρδιακές σφύξεις σε κατάσταση ηρεμίας: μέτρηση αφού ο ασθενής έχει καθίσει ή ξαπλώσει για 1 λεπτό		2. Γαστρεντερικά συμπτώματα: κατά την τελευταία μισή ώρα	
Καρδιακές σφύξεις 80 ή πιο κάτω	0	Κανένα γαστρεντερικό σύμπτωμα	0
Καρδιακές σφύξεις 81-100	1	Στομαχικές κράμπες	1
Καρδιακές σφύξεις 101-120	2	Ναυτία, μαλακές κενώσεις	2
Καρδιακές σφύξεις > 120 / λεπτό	4	Έμετοι, διαρροϊκές κενώσεις	3
		Πολλαπλά επεισόδια εμέτων, διαρροϊκών κενώσεων	5
3. Εφίδρωση: κατά την τελευταία μισή ώρα, δεν οφείλεται στην θερμοκρασία ή σε σωματική δραστηριότητα		4. Τρόμος: παρατήρηση τεντωμένων χεριών	
Απουσία	0	Απών	0
Υποκειμενική αναφορά κρυάδων ή εξάψεων	1	Ο τρόμος μπορεί να ψηλαφηθεί, αλλά δεν είναι ορατός	1
Αντικειμενική ερυθρότητα ή υγρασία προσώπου	2	Παρατηρείται ήπιος τρόμος	2
Σταγόνες ιδρώτα στο πρόσωπο ή στα φρύδια	3	Έντονος, τρόμος, μυοκλονίες	4
Ροή ιδρώτα στο πρόσωπο	4		
5. Νευρική ανησυχία: παρατήρηση κατά την αξιολόγηση		6. Χασμωδίες: παρατήρηση κατά την αξιολόγηση	
Είναι σε θέση να παραμείνει καθισμένος	0	Απουσία	0
Υποκειμενική αναφορά για δυσκολία να καθίσει ήρεμα, μπορεί όμως να το κάνει	1	1-2 φορές κατά την αξιολόγηση	1
Συχνή μετακίνηση ή υπερβολικές κινήσεις άνω/ κάτω άκρων	3	3 ή περισσότερες φορές κατά την αξιολόγηση	2
Ανικανότητα να καθήσει ήρεμα για μερικά δευτερόλεπτα	5	Πολλές φορές το λεπτό	4

7. Μέγεθος κορών:

Μέγεθος κορών φυσιολογικό για το φως του δωματίου	0
Μέγεθος κορών ελαφρά μεγαλύτερο από το φυσιολογικό για το φως του δωματίου	1
Μέγεθος κορών ελαφρά διεσταλμένο	2
Μέγεθος κορών τόσο διεσταλμένο ώστε να φαίνεται μόνο το περίγραμμα της ίριδος	5

9. Άλγη Οστών και Αρθραλγίες:

εάν προϋπήρχαν παρόμοια άλγη, βαθμολογούνται μόνο τα επιπρόσθετα στοιχεία, τα οποία αποδίδονται στο στερητικό των οπιοειδών

Απουσία	0
Ήπια διάχυτη ενόχληση	1
Υποκειμενική αναφορά σοβαρών, διάχυτων αρθραλγιών/ μυαλγιών	2
Ο ασθενής τρίβει τις αρθρώσεις και τους μύες του και δεν μπορεί να καθίσει λόγω της ενόχλησης	4

11. Καταρροή ρινός, Δακρύρροια:

δεν οφείλεται σε κάποιο κρύωμα ή αλλεργίες

Απουσία	0
Ρινικό "μπούκωμα", υγρά μάτια	1
Συνεχής ρινική καταρροή ή δακρύρροια	4

8. Άγχος ή Ευερεθιστότητα

Απουσία	0
Υποκειμενική αναφορά άγχους ή ευερεθιστότητας	1
Εμφανές άγχος ή ευερεθιστότητα	2
Το άγχος ή η ευερεθιστότητα δυσχεραίνουν την αξιολόγηση	4

10. Ανόρθωση τριχών

("δέρμα χήνας")

Λείο δέρμα	0
Ψηλαφητή ανόρθωση τριχών	2
Ορατή ανόρθωση τριχών	5

Συνολικό Αποτέλεσμα:

5-12

=

ήπιο

13-24

=

μέτριο

25-36

=

μέτρια βαρύ

>36

βαρύ στερητικό
σύνδρομο

REVISED CLINICAL INSTITUTE WITHDRAWAL ASSESSMENT FOR ALCOHOL SCALE, CIWA-Ar

Sullivan, JT, Sykora, K, Schneiderman, J, Naranjo, CA. & Sellers, EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict. 1989 Nov;84(11):1353-7.

Όνομα ασθενούς:

Ημερομηνία και ώρα λήψης:

Σφύξεις:

ΝΑΥΤΙΑ ΚΑΙ ΕΜΕΤΟΣ

-Έχετε στομαχικές διαταραχές;

-Έχετε κάνει εμετό;

- | | |
|---|--|
| 0 | Καμία ναυτία και κανένας εμετός |
| 1 | Ήπια ναυτία, κανένας εμετός |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | Διαλείπουσα ναυτία με τάση για έμετο |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | Συνεχής ναυτία, συχνή τάση για έμετο, έμετος |

ΤΡΟΜΟΣ

-Παρακαλώ τεντώστε τα χέρια και τα δάκτυλά σας

- | | |
|---|---|
| 0 | Κανένας τρόμος |
| 1 | Μη ορατός τρόμος, αλλά αισθητός στις άκρες των δακτύλων |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | Μέτριος τρόμος με τεντωμένα χέρια |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | Σοβαρός τρόμος και με μη τεντωμένα χέρια |

Αρτηριακή πίεση:

ΑΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

-Έχετε κάποια αίσθηση κνησμού, καύσου, τσιμπημάτων, έχετε μουδιάσματα ή νιώθετε σαν κάποιο έντομο να έρπει πάνω ή κάτω από το δέρμα σας;

- | | |
|---|---|
| 0 | Καμία αίσθηση κνησμού, καύσου, τσιμπημάτων, όχι μουδιάσματα |
| 1 | Πολύ ήπια αίσθηση κνησμού, καύσου, τσιμπημάτων, πολύ ήπια μουδιάσματα |
| 2 | Ήπια αίσθηση κνησμού, καύσου, τσιμπημάτων, ήπια μουδιάσματα |
| 3 | Μέτρια αίσθηση κνησμού, καύσου, τσιμπημάτων, μέτρια μουδιάσματα |
| 4 | Μέτριας βαρύτητας ψευδαισθήσεις |
| 5 | Σοβαρής βαρύτητας ψευδαισθήσεις |
| 6 | Πολύ σοβαρής βαρύτητας ψευδαισθήσεις |
| 7 | Συνεχόμενες ψευδαισθήσεις |

ΑΚΟΥΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

-Ακούτε ήχους πιο δυνατά και πιο έντονα από το συνηθισμένο
-Ακούτε σκληρά, εκφοβιστικά και τρομακτικά πράγματα;
-Ακούτε πράγματα που είναι ενοχλητικά και δεν υπάρχουν στη πραγματικότητα;

- | | |
|---|---|
| 0 | Καμία ακουστική παραίσθηση ή ψευδαίσθηση |
| 1 | Πολύ ήπια σκληρή, εκφοβιστική και τρομακτική επίδραση |
| 2 | Ήπια σκληρή, εκφοβιστική και τρομακτική επίδραση |
| 3 | Μέτρια σκληρή, εκφοβιστική και τρομακτική επίδραση |
| 4 | Μέτριας βαρύτητας ακουστικές ψευδαισθήσεις |
| 5 | Σοβαρής βαρύτητας ακουστικές ψευδαισθήσεις |
| 6 | Πολύ σοβαρής βαρύτητας ακουστικές ψευδαισθήσεις |
| 7 | Συνεχόμενες ακουστικές ψευδαισθήσεις |

ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΕΦΙΔΡΩΣΗ

- 0 Καμία ορατή εφίδρωση
- 1 Πολύ ελαφρά ορατή εφίδρωση, υγρές παλάμες
- 2
- 3
- 4 Εμφανείς σταγόνες ιδρώτα στο μέτωπο
- 5
- 6
- 7 Κάθιδρη, 'μουσκεμένη' εμφάνιση

ΑΓΧΟΣ

-Νιώθετε αγχωμένος;

- 0 Απουσία άγχους, χαλαρότητα
- 1 Ήπιο άγχος
- 2
- 3
- 4 Μέτριο άγχος ή προσεκτικά κρυμμένο άγχος, το οποίο συνάγεται από τη συμπεριφορά και τα συμφραζόμενα
- 5
- 6
- 7 Άγχος ισοδύναμο με οξείες καταστάσεις πανικού όπως σε σοβαρής βαρύτητας τρομώδες παραλήρημα ή οξέα επεισόδια σχιζοφρένειας

ΑΝΑΣΤΑΤΩΣΗ, ΤΑΡΑΧΗ

- 0 Φυσιολογική δραστηριότητα
- 1 Ελαφρά αυξημένη φυσιολογική δραστηριότητα
- 2
- 3
- 4 Μέτρια νευρικότητα και ανησυχία
- 5
- 6
- 7 Βηματίζει πάνω-κάτω κατά τη συνέντευξη ή κινείται απότομα και ασταμάτητα

ΟΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

-Μήπως το φως σας φαίνεται πολύ έντονο; Το χρώμα του μοιάζει διαφορετικό;
 -Η ένταση του είναι ενοχλητική;
 -Βλέπετε πράγματα που είναι δυσάρεστα και ενοχλητικά;
 -Βλέπετε πράγματα που δεν υπάρχουν στη πραγματικότητα;

- 0 Καμία οπτική παραίσθηση ή ψευδαίσθηση
- 1 Πολύ ήπια ευαισθησία
- 2 Ήπια ευαισθησία
- 3 Μέτρια ευαισθησία
- 4 Μέτριας βαρύτητας ακουστικές ψευδαισθήσεις
- 5 Σοβαρής βαρύτητας οπτικές ψευδαισθήσεις
- 6 Πολύ σοβαρής βαρύτητας οπτικές ψευδαισθήσεις
- 7 Συνεχόμενες οπτικές ψευδαισθήσεις

ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ

-Μήπως έχετε διαφορετική αίσθηση στο κεφάλι σας;
 -Νιώθετε ότι είναι δεμένο γύρω-γύρω, σφικτά με επίδεσμο;
 (δεν αξιολογούνται η ζάλη και η «θολούρα»)

- 0 Απουσία
- 1 Πολύ ήπια
- 2 Ήπια
- 3 Μέτρια
- 4 Μέτρια σοβαρή
- 5 Σοβαρή
- 6 Πολύ σοβαρή
- 7 Εξαιρετικά σοβαρή

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΥ, ΘΟΛΩΣΗ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ

-Τι μέρα είναι σήμερα;
 -Που βρίσκεστε;
 -Ποιος είμαι εγώ;

- 0 Προσανατολισμένος σε χρόνο/χώρο/εαυτό, μπορεί να εκτελέσει συνεχόμενες προσθέσεις
- 1 Δεν μπορεί να εκτελέσει συνεχόμενες προσθέσεις ή είναι αβέβαιος για την ημερομηνία
- 2 Αποπροσανατολισμένος στο χρόνο αλλά όχι περισσότερο από δυο ημερολογιακές μέρες
- 3 Αποπροσανατολισμένος στο χρόνο περισσότερο από δυο ημερολογιακές μέρες
- 4 Αποπροσανατολισμένος σε χώρο/εαυτό

Συνολικό Αποτέλεσμα:

(μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα 67. Αποτέλεσμα <10 δεν χρήζει φαρμακευτικής αντιμετώπισης)

CLINICAL INSTITUTE WITHDRAWAL ASSESSMENT – BENZODIAZEPINE: CIWA-B

Busto UE, Sykora K, Sellers EM. A clinical scale to assess benzodiazepine withdrawal. J Clin Psychopharmacol. 1989 Dec;9(6):412-6. PMID: 2574193.

CLINICAL INSTITUTE WITHDRAWAL ASSESSMENT – BENZODIAZEPINE: CIWA-B1**ΦΥΛΛΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ** (αυτοσυμπλήρωση)**Όνομα ασθενούς:**

Βαθμολογείτε την κάθε ερώτηση με τον αριθμό, ο οποίος περιγράφει καλύτερα το πώς νιώθετε:

0 = καθόλου 1 = λίγο 2 = μέτρια 3 = πολύ 4 = πάρα πολύ

Ανάποδη βαθμολογία σε κάποιες ερωτήσεις:

0 = πάρα πολύ 1 = πολύ 2 = μέτρια 3 = λίγο 4 = καθόλου

Ημερομηνία:

Ώρα:

1. Νιώθετε ευερεθιστότητα;

2. Νιώθετε κούραση;

3. Νιώθετε ένταση;

4. Έχετε δυσκολία συγκέντρωσης;

5. Έχετε οποιαδήποτε μείωση όρεξης;

6. Νιώθετε μυδιάσματα ή αίσθηση καύσου στο πρόσωπο ή στα άκρα;

7. Έχετε καθόλου αίσθημα παλμών ή ταχυκαρδίας;

8. Νιώθετε 'βαρύ' κεφάλι ή πονοκέφαλο;

9. Νιώθετε μυαλγίες ή δυσκαμψία;

10. Νιώθετε άγχος, νευρικότητα ή ανησυχία;

11. Νιώθετε αναστάτωση;

12. Πόσο ήσυχος ήταν ο ύπνος σας χθες το βράδυ;
(ανάποδη βαθμολογία)

13. Νιώθετε αδυναμία;

14. Πιστεύετε ότι κοιμηθήκατε αρκετά χθες το βράδυ;
(ανάποδη βαθμολογία)

15. Έχετε κάποιες οπτικές διαταραχές;
Ευαισθησία στο φως;
Θάμβος όρασης;

16. Νιώθετε φοβισμένος;

17. Μήπως τελευταία ανησυχείτε για πιθανές κακοτυχίες;

Υποσύνολο 1:

CLINICAL INSTITUTE WITHDRAWAL ASSESSMENT – BENZODIAZEPINE: CIWA-B2

ΦΥΛΛΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ (κλινικές παρατηρήσεις)

Όνομα γιατρού:

18. Παρατηρείστε την συμπεριφορά ανησυχίας και αναστάτωσης		19. Παρατηρείστε τον τρόπο		20. Παρατηρείστε την εφίδρωση, ελέγξτε τις παλάμες	
0	Καθόλου, φυσιολογική ψυχοκινητική δραστηριότητα	0	Απών τρόμος	0	Καμία ορατή εφίδρωση
1		1	Μη ορατός τρόμος, αισθητός στα δάκτυλα	1	Πολύ ελαφρά ορατή εφίδρωση, υγρές παλάμες
2	Ανησυχία	2	Ορατός αλλά ήπιος	2	Υγρές παλάμες και μέτωπο, αναφορά για εφίδρωση μασχάλων
3		3	Μέτριος με τεντωμένα άνω άκρα	3	Εμφανείς σταγόνες ιδρώτα στο μέτωπο
4	Βαδίζει πάνω-κάτω, ανικανότητα να μείνει ακίνητος	4	Σοβαρός και με μη τεντωμένα χέρια	4	Κάθιδρη, 'μουσκεμένη' εμφάνιση

Ημερομηνία:

Ωρα:

18. Συμπεριφορά ψυχοκινητικής ανησυχίας και αναστάτωσης									
19. Τρόμος									
20. Εφίδρωση									
Υποσύνολο 2:									
Υποσύνολο 1:									
Σύνολο:									

(1-20 = ήπιο σπερητικό, 21-40 = μέτριο, 41-60 = σοβαρό, 61-80 = πολύ σοβαρό)

Ημερομηνία:

Ωρα:

Αρτηριακή Πίεση									
Σφύξεις									
Θερμοκρασία									
Αναπνοές/ λεπτό									
Σε εγρήγορση, προσανατολισμένος, υπακούει εντολές	Ναι								
(εάν όχι συμπληρώστε την GlasgowComaScale)	Όχι								

Ημερομηνία:

Ωρα:

[illegible]

AUDIT. THE ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

- World Health Organization, General Department of Mental Health and Substance Dependence. Babor, TF, Higgins-Biddle, JC, Saunders, JB & Monteiro, MG. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition 2001.
- Μουσσάς, ΓΙ, Νταντούτη, Γ, Δουζένης, Α, Πουλής, Ε, Τσελεμπίς, Α, Μπράτης, Δ, Χριστοδούλου, Χ & Λύκουρας, Ε. Αξιοπιστία και εγκυρότητα της ελληνικής μετάφρασης του ερωτηματολογίου Ανίχνευσης Διαταραχών Κατάχρησης-Εξάρτησης Αλκοόλ (AUDIT). Ψυχιατρική, 2010;21, 54-59. Available from: <https://www.psychiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/21.1-GR-2010-54.pdf>

**1 κανονικό ποτό = 1 ποτήρι μπύρας 285 ml ή 1 μικρό ποτήρι κρασί 100 ml
ή ένα σφηνάκι οινοπνευματωδών 30 ml**

Όνομα:	Ηλικία:	Φύλο:
1. Πόσο συχνά πίνετε κάτι που περιέχει αλκοόλ;	Ποτέ (→ πηγαίνετε στις ερωτήσεις 9-10) 1 το μήνα ή λιγότερο 2-4 φορές το μήνα 2-3 φορές τη βδομάδα 4 ή περισσότερες φορές τη βδομάδα	
2. Πόσα αλκοολούχα ποτά καταναλώνετε μια συνηθισμένη μέρα όταν πίνετε;	1-2 3-4 5-6 7-9 10 ή περισσότερα	
3. Πόσο συχνά πίνετε 6 ή περισσότερα ποτά την ημέρα;	Ποτέ Λιγότερο από μια φορά το μήνα Μια φορά το μήνα Μια φορά τη βδομάδα Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	
4. Πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο διαπιστώνετε ότι δεν είστε σε θέση να σταματήσετε να πίνετε άπαξ και αρχίσατε;	Ποτέ Λιγότερο από μια φορά το μήνα Μια φορά το μήνα Μια φορά τη βδομάδα Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	
5. Πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο δεν καταφέρατε να κάνετε αυτό που οι άλλοι περίμεναν από σας λόγω του ότι είχατε πει;	Ποτέ Λιγότερο από μια φορά το μήνα Μια φορά το μήνα Μια φορά τη βδομάδα Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	
6. Πόσο συχνά, μέσα στον τελευταίο χρόνο, χρειάστηκε να πιείτε ένα ποτό το πρωί για να μπορέσετε να λειτουργήσετε μετά από ένα βράδυ που είχατε πει πολύ;	Ποτέ Λιγότερο από μια φορά το μήνα Μια φορά το μήνα Μια φορά τη βδομάδα Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	
7. Πόσο συχνά, μέσα στον τελευταίο χρόνο, είχατε αισθήματα τύψεων και ενοχής μετά που είχατε πει πολύ;	Ποτέ Λιγότερο από μια φορά το μήνα Μια φορά το μήνα Μια φορά τη βδομάδα Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	

8. Πόσο συχνά, μέσα στον τελευταίο χρόνο, δεν μπορούσατε να θυμηθείτε τι συνέβη το προηγούμενο βράδυ γιατί είχατε πει;	Ποτέ Λιγότερο από μια φορά το μήνα Μια φορά το μήνα Μια φορά τη βδομάδα Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
9. Έχει τύχει εσείς ή κάποιος άλλος να τραυματιστεί λόγω του ότι είχατε πει;	Όχι Ναι, αλλά όχι πέρυσι Ναι, πέρυσι
10. Υπάρχει κάποιος συγγενής, φίλος ή γιατρός που έχει ανησυχήσει για το πόσο πίνετε ή σας έχει συστήσει να το κόψετε;	Όχι Ναι, αλλά όχι πέρυσι Ναι, πέρυσι

Οι 10 ερωτήσεις βαθμολογούνται από 0 έως 4. Συνολική βαθμολογία ≥ 8 υποδηλώνει κατάχρηση και ≥ 15 εξάρτηση.

Συνολικό αποτέλεσμα:

HELLENIC TREATMENT OUTCOMES PROFILE: HTOP

(Cultural Adaptation of the Australian Treatment Outcomes Profile, ATOP)

- Karakoula, P., Kokkolis, K., Tsatsaroni, C. Kitsiou, A., Koukidis, E., Danousi, P., Nikolaidi, S., Kolios, G., Vlachou, G., Fragkouli, A. & Lintzeris, N. (2021). Cultural Adaptation and Psychometric Validation of the Australian Treatment Outcomes Profile for the Greek Population. *Int J Ment Health Addiction* (2021). <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00630-y>
- Κοκκώλης Κωνσταντίνος. (2020). Προσαρμογή του Ερωτηματολογίου Australian Treatment Outcomes Profile – ATOP: Ένα Χρήσιμο Εργαλείο για τα Θεραπευτικά Προγράμματα Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων στην Ελλάδα, <https://pergamos.lib.uoa.gr/uoa/dl/object/2897004>
- Ryan A, Holmes J, Hunt V, Dunlop A, Mammen K, Holland R, Sutton Y, Sindhusake D, Rivas G, Lintzeris N. Validation and implementation of the Australian Treatment Outcomes Profile in specialist drug and alcohol settings. *Drug Alcohol Rev.* 2014 Jan;33(1):33-42. doi: 10.1111/dar.12083. Epub 2013 Nov 11. PMID: 24206571.

Προφίλ Έκβασης Θεραπείας-ΗΤΟΡ

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Ημερομηνία Γέννησης: ____/____/____ Φύλο: _____
 ΑΜΚΑ: _____ Κωδικός ΕΠΙΨΥ: _____ Μονάδα: _____ Φάση Θεραπείας: _____
 Ημερομηνία ΗΤΟΡ: _____ Ημερομηνία Εισαγωγής: ____/____/____ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗΣ/ΤΡΙΑ: _____
 Στάδιο: Έναρξη Θεραπείας ☐ Αξιολόγηση Θεραπευτικής Πορείας ☐ Ολοκλήρωση Θεραπείας ☐ Διακοπή ☐ Follow-up ☐

ΕΝΟΤΗΤΑ 1: ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Καταγράψτε τον αριθμό των ημερών που έγινε χρήση για κάθε μία από τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες

	Μ.Η.Π.	ΟΔ. ΧΟΡ.	Εβδομάδα 4	Εβδομάδα 3	Εβδομάδα 2	Εβδομάδα 1	ΣΥΝΟΛΟ
α. Αλκοόλ _____	Τυπικά Ποτά		0-7	0-7	0-7	0-7	0-28
β. Κάνναβη - κανναβινοειδή _____		Σ Κ	0-7	0-7	0-7	0-7	0-28
γ. Αμφετανίνες-αμφετ/ειδή _____		Σ Μ Κ ΜΕΕ ΕΕ	0-7	0-7	0-7	0-7	0-28
δ. Βενζοδιαζεπίνες _____		Σ Μ Κ ΜΕΕ ΕΕ	0-7	0-7	0-7	0-7	0-28
ε. Ηρωίνη _____		Σ Μ Κ ΜΕΕ ΕΕ	0-7	0-7	0-7	0-7	0-28
στ. Άλλα οπιοειδή _____		Σ Μ Κ ΜΕΕ ΕΕ	0-7	0-7	0-7	0-7	0-28
ζ. Κοκαΐνη _____		Σ Μ Κ ΜΕΕ ΕΕ	0-7	0-7	0-7	0-7	0-28
η. Άλλη ουσία i) _____ ii) _____		Σ Μ Κ ΜΕΕ ΕΕ	0-7	0-7	0-7	0-7	0-28
θ. Προϊόντα καπνού _____		Σ Κ	0-7	0-7	0-7	0-7	0-28

Καταγράψτε τον αριθμό των ημερών που έγινε ενέσιμη χρήση για κάθε μία από τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες

(εάν δεν έγινε, σημειώστε 0 και συνεχίστε στην Ενότητα 2)

ι. Ενέσιμη χρήση 0-7 0-7 0-7 0-7 0-28
 κ. Ενέσιμη χρήση με σύνεργα που χρησιμοποίησε άλλο άτομο; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΕΝΟΤΗΤΑ 2: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΥΕΞΙΑ

Καταγράψτε ημέρες εργασίας και ημέρες σε εκπαίδευση, επαγγελματική κατάρτιση, εθελοντισμό, αθλητισμό για κάθε μία από τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες

α. Ημέρες αμειβόμενης εργασίας	0-7	0-7	0-7	0-7	0-28
β. Ημέρες εκπαίδευσης/κατάρτιση	0-7	0-7	0-7	0-7	0-28
γ. Ημέρες εθελοντισμού/αθλητισμού	0-7	0-7	0-7	0-7	0-28

Καταγράψτε τα ακόλουθα στοιχεία για τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες

δ. Έχετε υπάρξει άστεγος/η; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
 ε. Έχετε κινδυνεύσει να σας κάνουν έξωση; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
 στ. Έχετε οποιαδήποτε στιγμή τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες αναλάβει τη φροντίδα ή έχετε ζήσει μαζί με κάποιο/α παιδί/παιδιά; i) κάτω των 6 ετών; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
 ii) 5-15 ετών; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
 ζ. Έχετε συλληφθεί; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
 η. Έχετε εκδηλώσει βίαιη συμπεριφορά (και ενδοοικογενειακή βία) εναντίον κάποιου/ας; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
 θ. Έχει εκδηλώσει κάποιος/α βίαιη συμπεριφορά (και ενδοοικογενειακή βία) εναντίον σας; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ι. Αξιολογήστε την κατάσταση της ψυχικής σας υγείας (άγχος, κατάθλιψη & δυσφορικά συναισθήματα)

Κακή 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Καλή

κ. Αξιολογήστε την κατάσταση της σωματικής σας υγείας (έκταση σωματικών συμπτωμάτων και ενόχληση από ασθένεια)

Κακή 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Καλή

λ. Αξιολογήστε συνολικά την ποιότητα ζωής σας

Κακή 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Καλή

Λόγος μη συμπλήρωσης: _____ Άρνηση εξυπηρετούμενου/ης: ☐ Μη ενδεδειγμένη κλινικά: ☐

Σύντομος Οδηγός Αναφοράς ΗΤΟΡ

(για εκτενείς οδηγίες συμπλήρωσης ανατρέξτε στον Αναλυτικό Οδηγό Συμπλήρωσης ΗΤΟΡ)

Σχετικά με το ΗΤΟΡ

Το Ελληνικό Προφίλ Έκβασης Θεραπείας (**Hellenic Treatment Outcomes Profile - ΗΤΟΡ**) είναι ένα απλό σύνολο ερωτήσεων για τη βελτίωση και απλούστευση της διαδικασίας ανασκόπησης και την υποβοήθηση του σχεδιασμού της συνεχιζόμενης θεραπείας και της κλινικής παραπομπής. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις αυτές θα προσφέρουν, επίσης, δεδομένα για τη μέτρηση της έκβασης της θεραπείας.

Παρουσιάζοντας το ΗΤΟΡ

- Θα ήθελα να αφιερώσουμε λίγα λεπτά συμπληρώνοντας μια σύντομη συνέντευξη (που ονομάζεται ΗΤΟΡ) μαζί σας.
- Οι ερωτήσεις εξετάζουν τη χρήση ουσιών, κινδύνους για την υγεία και την ευεξία κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων – ορισμένες από αυτές ενδέχεται να μη σας αφορούν.
- Η συνέντευξη αυτή γίνεται στο πλαίσιο της έρευνας για την προσαρμογή της συνέντευξης στον ελληνικό πληθυσμό. Οι πληροφορίες που συγκεντρώνουμε θα χρησιμοποιηθούν μόνο για αυτό το σκοπό και παραμένουν απόρρητες.
- Είναι σημαντικό να απαντήσετε με τη μεγαλύτερη ακρίβεια και ειλικρίνεια που μπορείτε, αλλά, εάν δε θέλετε να απαντήσετε σε οποιαδήποτε από τις ερωτήσεις, πείτε το και θα προχωρήσουμε παρακάτω.

Πώς να συμπληρώσετε το ΗΤΟΡ

1. Εξηγήστε προσεκτικά την εμπιστευτικότητα (δείτε το πλαίσιο): Μην υποθέσετε πως όλοι/ες οι εξυπηρετούμενοι/ες θα ενδιαφέρονται ή θα αδιαφορούν σχετικά με την εμπιστευτικότητα εξίσου.

2. Εισάγετε:

- Α)Στοιχεία εξυπηρετούμενου/ης: κωδικό ΕΠΙΨΥ, φύλο, Μονάδα και Φάση Θεραπείας),
- Β)Το όνομά σας
- Γ)Την ημερομηνία συμπλήρωσης του ΗΤΟΡ,
- Δ)Το στάδιο κατά το οποίο συμπληρώθηκε το ΗΤΟΡ.

3. Πλαισιώστε τη συνέντευξη: Χρησιμοποιήστε ένα απλό ημερολόγιο για να διευκρινίσετε τι εννοείτε «κατά τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες» και ως προτροπή για να βοηθήσετε τον/την εξυπηρετούμενο/η να σκεφθεί αναδρομικά για αυτήν την περίοδο. Εβδομάδα 4=οι τελευταίες 7 ημέρες · Εβδομάδα 3=7 ημέρες πριν από αυτήν, κ.ο.κ.

4. Εισάγετε τις απαντήσεις των εξυπηρετούμενων

- **Μηδενική χρήση ουσιών/αλκοόλ:** εισάγετε "00" στο πλαίσιο του συνόλου.
- **Χρονοδιάγραμμα:** Προσκαλέστε τον/την εξυπηρετούμενο/η να ανακαλέσει τον αριθμό των ημερών σε κάθε μία από τις περασμένες τέσσερις εβδομάδες κατά τις οποίες έκανε κάτι.
- **Ποσότητες:** Η μέση ποσότητα χρήσης σε μία τυπική ημέρα χρήσης κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων. Συμφωνήστε με τον/την εξυπηρετούμενο/η για τις μονάδες μέτρησης.
- **Ναι και Όχι:** σημειώστε x στο Ναι ή το Όχι
- **Κλίμακα αυτοαξιολόγησης:** μία κλίμακα 0-10 όπου "0" σημαίνει κακή και "10" σημαίνει καλή. Μαζί με τον/την εξυπηρετούμενο/η, **ΚΥΚΛΩΣΤΕ** έναν αριθμό.
- **Άρνηση/αδυναμία να ανακαλέσει πληροφορίες:** γράψτε "ΔΑ" (συντόμηση για το Δεν Απάντησε) δίπλα στο τετραγωνάκι του συνόλου, το κουτάκι τοσεκαρίσματος ή την κλίμακα αξιολόγησης.

5. Σημειώσεις Ενότητας 1:

Μ.Η.Π.(Μέση Ημερήσια Ποσότητα): Στην πρώτη στήλη της ενότητας αυτής συμπληρώνετε τη Μέση Ημερήσια Ποσότητα χρήσης κάθε ουσίας. Το είδος της μονάδας μέτρησης που θέλετε να καταγράψετε, εξαρτάται από εσάς. Η καλύτερη συμβουλή είναι να αφήσετε τον/την εξυπηρετούμενο/η να την αναφέρει αυτολεξεί.

ΟΔ. ΧΟΡ. (ΟΔΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ): Στη δεύτερη στήλη επιλέγετε με κύκλο τον τρόπο χρήσης της ουσίας με βάσει τις ακόλουθες επιλογές. **Σ = στόμα, Μ = μύτη, Κ = κάπνισμα, Ε = ένεση, Δ = διαδερμική χρήση.**

Ερώτηση (α): Το τυπικό ποτό αντιστοιχεί σε 30ml ούισκι, βότκα ή τσίπουρο, 100ml κρασί ή 330ml μπίρας.

ΠΩΣ ΥΠΟΛΟΓΙΖΟΥΜΕ ΕΝΑ ΤΥΠΙΚΟ ΠΟΤΟ;

1 ένα τυπικό ποτό περιέχει 10 γρ αλκοόλ. Αυτό αντιστοιχεί σε περίπου:



Για τις ερωτήσεις (β)-(θ) δώστε πλήθος παραδειγμάτων: Πέραν των ακόλουθων παραδειγμάτων, μπορείτε να αξιοποιήσετε συμβουλευτικά το **Παράρτημα 4/Κωδικοί ουσιών του Ατομικού Εντύπου TDI/Δέμα: Οδηγός Συμπλήρωσης 2018.**

Ερώτηση (β): Παραδείγματα κανναβινοειδών: Χόρτο, σοκολάτα, χασισέλαιο, skunk, bonzai, K2, BlackMamba, Spice, Jamaica Gold, Lemon Haze, Head Trip.

Ερώτηση (γ): Παραδείγματα: Σίσια, Crystal Meth, MDMA Ecstasy.

Ερώτηση (δ): Καταγράφονται βενζοδιαζεπίνες συνταγογραφούμενες ή μη. Παραδείγματα: Vulbegal (Bouble), Hípnosedon (Υπνος), Stedon, Lexotanil.

Ερώτηση (στ): Παραδείγματα “Άλλων οπιοειδών”: Κωδεΐνη (Lonarid, Lonalgai), φαιντανύλη (Durogesic και γενόσημα), τραμαδόλη (Tramal), μεθαδόνη και βουπρενορφίνη από την παράνομη αγορά. **Δεν συμπεριλαμβάνονται:** μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη που χορηγούνται για θεραπεία της εξάρτησης από οπιοειδή.

Ερώτηση (ζ): Συμπεριλαμβάνεται το κρακ.

Ερώτηση (η): Συμπληρώστε οποιαδήποτε άλλη ουσία χρησιμοποιεί ο/η εξυπηρετούμενος/η και δεν ανήκει στις παραπάνω κατηγορίες, π.χ. ψυχιατρικά φάρμακα (Lyrica, Seroquel, Remeron, κλπ.) ή νέες ουσίες.

Ερώτηση (θ): Παραδείγματα: Βιομηχανικά Τσιγάρα, Καπνός, Πίπα, θερμαινόμενος καπνός (IQOS), Ατμός. Για τον ατμό, στη Μ.Η.Π. σημειώστε ποσότητα (ml) και περιεκτικότητα σε νικοτίνη (mg).

Ερώτηση (κ): Ο εξοπλισμός των ενέσεων (σέα) συμπεριλαμβάνει τη βελόνα, τη σύριγγα, το νερό, το τάσι, το «ξινό» ή το φίλτρο.

6. Σημειώσεις Ενότητας 2:

Ερώτηση (α): Στην αμειβομένη εργασία δε συμπεριλαμβάνεται η άμισθη εργασία σε οικογενειακή επιχείρηση.

Ερώτηση (β): Συμπληρώνετε στο κενό ποια δραστηριότητα αφορά.

Ερώτηση (γ): Συμπληρώνετε στο κενό ποια δραστηριότητα αφορά.

Ερώτηση (δ): Ως αστενία ορίζεται κάθε κατάσταση στην οποία ο/η εξυπηρετούμενος/η δεν έχει μόνιμη/σταθερή/επαρκή (π.χ. χωρίς ρεύμα ή νερό) στέγη. Οι ξενώνες φιλοξενίας ή άλλη μορφή φιλοξενίας ή η διαβίωση πολλών ατόμων σε συνωστισμένο χώρο δεν νοούνται ως μόνιμη/σταθερή/επαρκής στέγη.

Ερώτηση (ε): Ο κίνδυνος έξωσης αφορά στη νομική διάσταση του ζητήματος (π.χ. προφορική προειδοποίηση από τον/την ιδιοκτήτη/τρια ή έγγραφη προειδοποίηση από τράπεζα/δικαστήριο).

Πριν διατυπώσετε τις **ερωτήσεις (ζ) έως (θ)** υπενθυμίστε στον/στην εξυπηρετούμενο/η ότι δεσμεύστε από την αρχή της εμπιστευτικότητας (**δείτε το πλαίσιο**)

Η ερώτηση (ζ) αφορά σε κάθε διακοπή από τις συνήθειες δραστηριότητες εξαιτίας νόμιμης αρχής ή κυρώσεων, ανεξάρτητα από το αν έχει ασκηθεί ποινική δίωξη (συμπεριλαμβάνεται και εξακρίβωση ή προσαγωγή).

Οι ερωτήσεις (η) & (θ) αφορούν σε κάθε μορφή βίας (λεκτική, ψυχολογική, σωματική, σεξουαλική).

Η ερώτηση (λ) αφορά στο σύνολο των παραγόντων που ο/η εξυπηρετούμενος/η θεωρεί ότι αφορούν την ποιότητα ζωής (π.χ. υγιεινή, συνθήκες διαβίωσης, κοινωνικές σχέσεις).

Εμπιστευτικότητα

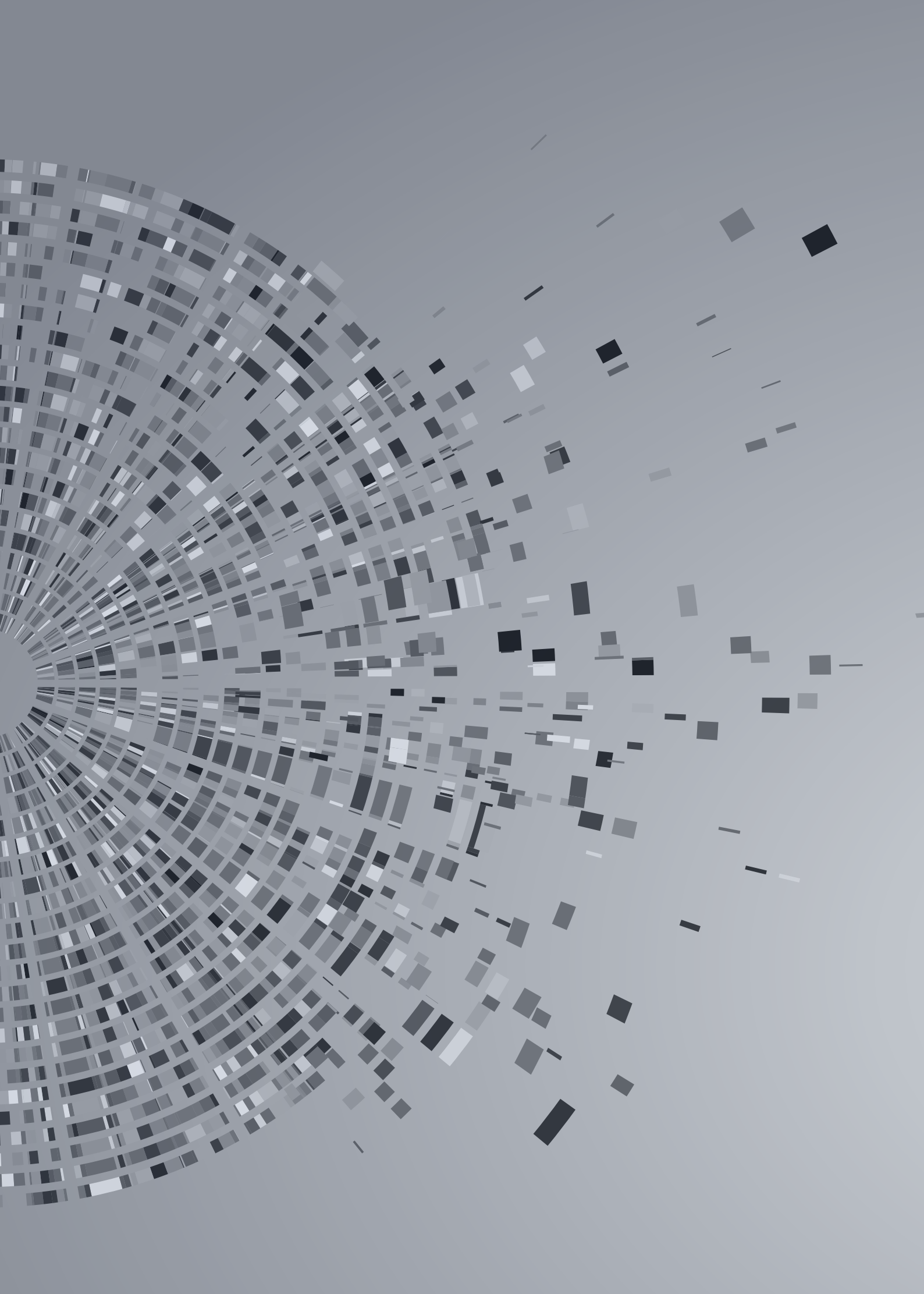
- Όπως αναφέρεται και στο Έντυπο Συγκατάθεσης, η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και η ανωνυμία σας διασφαλίζεται.
- Οι πληροφορίες που θα χρησιμοποιηθούν θα παρουσιάζονται σε μορφή που θα καθιστά αδύνατη την ταυτοποίηση των μεμονωμένων μελών.
- Οι πληροφορίες του ΗΤΟΡ αντιμετωπίζονται όπως κάθε άλλη πληροφορία που συγκεντρώνεται ερευνητικά – προστατεύεται δια νόμου από μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση ή χρήση – κάθε άτομο το οποίο έχει πρόσβαση σε αυτές τις πληροφορίες δεσμεύεται από την αρχή της εμπιστευτικότητας.

ΧΑΡΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Γενική Γραμματεία Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, Υπουργείο Δικαιοσύνης
ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο
Αθήνα, Νοέμβριος 2014

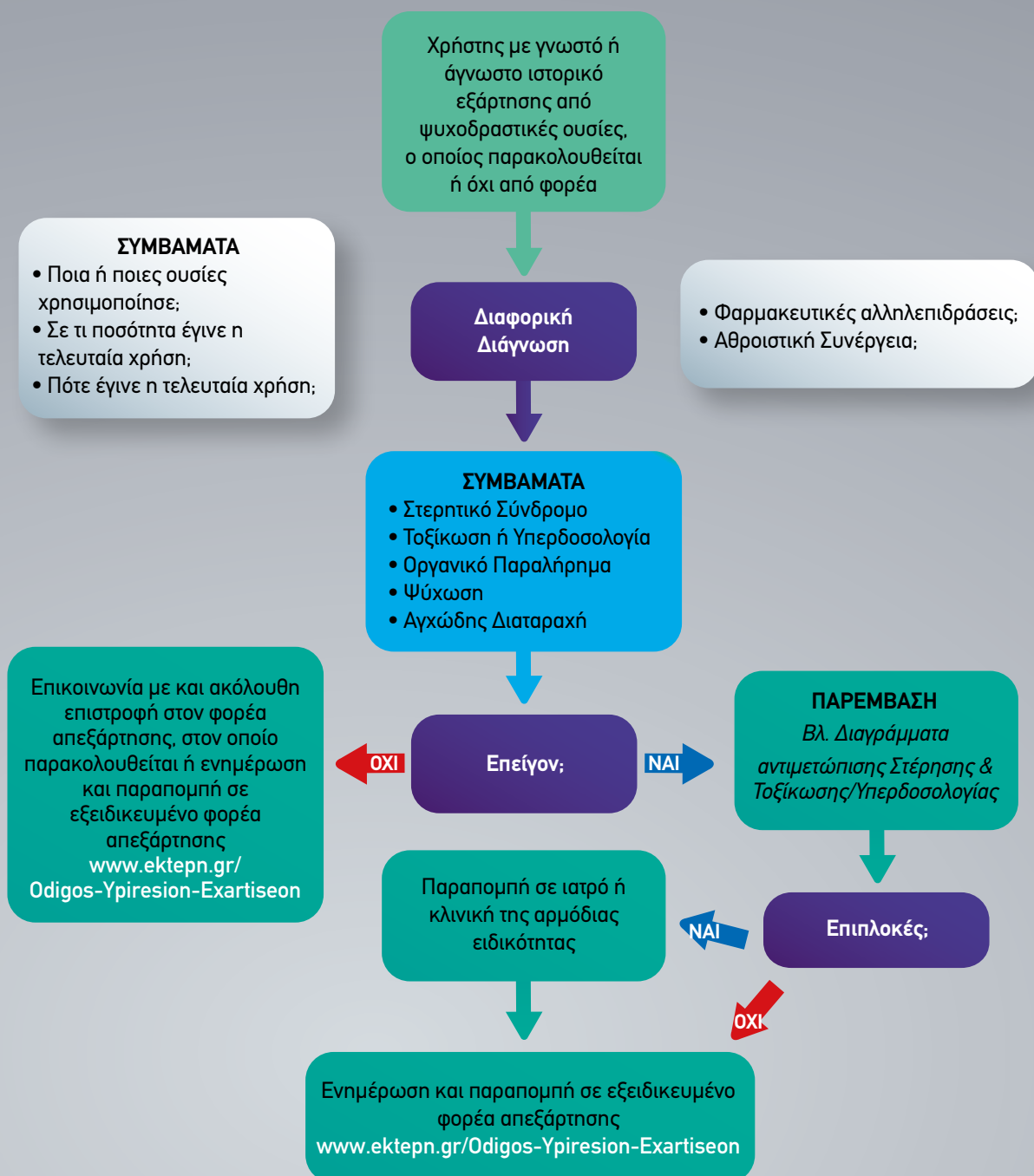
ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

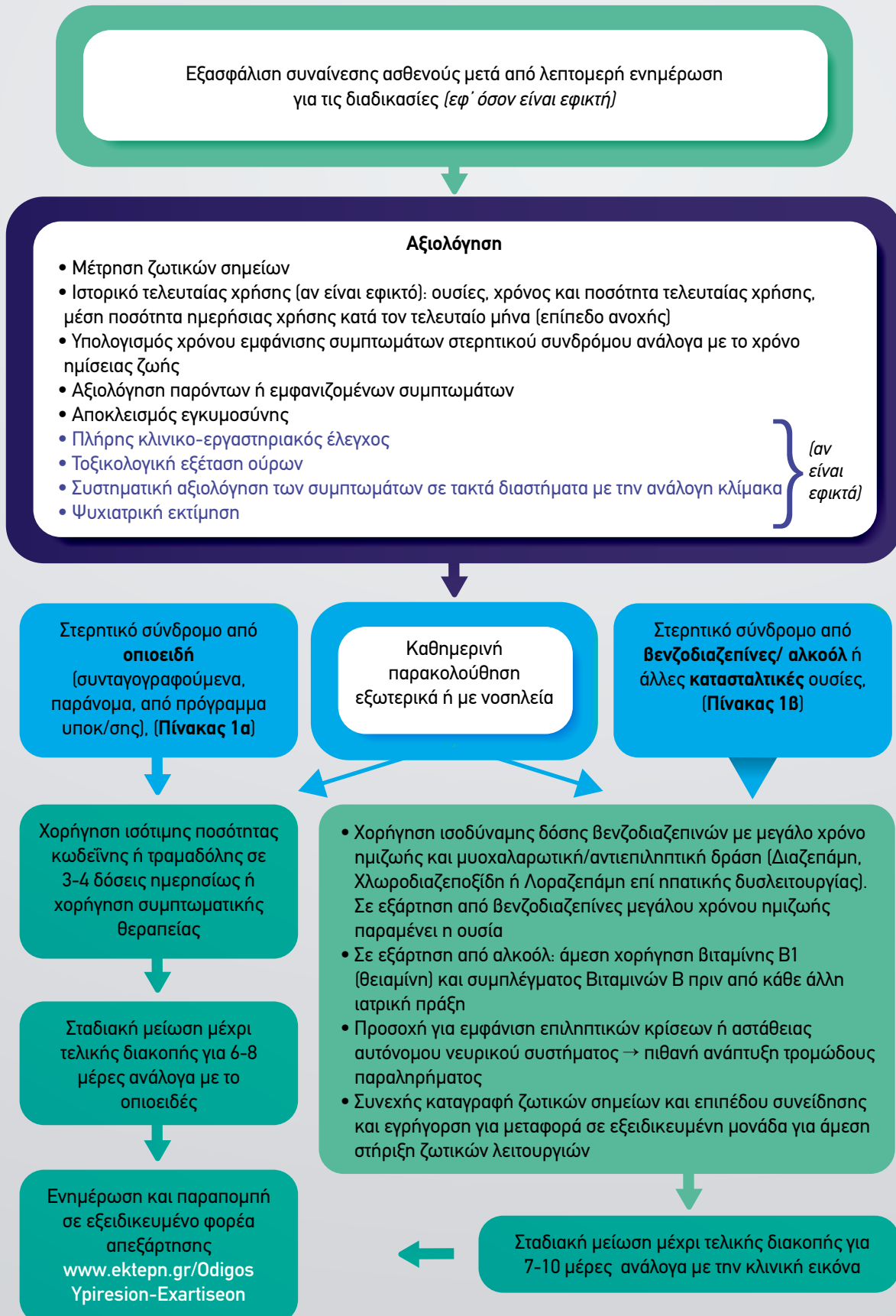
- Δικαίωμα επιλογής ή απόρριψης της φροντίδας
- Δικαίωμα καθολικής, ισότιμης πρόσβασης σε φροντίδα υγείας.
- Διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα
- Δικαίωμα στο απόρρητο
- Δικαίωμα επιλογής από τον θεραπευόμενο της ενδεδειγμένης θεραπείας που βασίζεται στη γνώση κατόπιν ενημέρωσης
- Δικαίωμα στη λήψη εξατομικευμένης ολιστικής θεραπείας
- Δικαίωμα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- Δικαίωμα απρόσκοπτης πρόσβασης στη φροντίδα
- Δικαίωμα στην παροχή υπηρεσιών με σεβασμό στην προσωπικότητα του ατόμου
- Δικαίωμα συμμετοχής των εξαρτημένων στη διαμόρφωση αποφάσεων σχετικά με την πολιτική κατά των εξαρτήσεων
- Δικαίωμα στην παροχή υπηρεσιών υγείας από εξειδικευμένο προσωπικό
- Δικαίωμα στην ίση μεταχείριση
- Δικαίωμα στην ισοδυναμία της φροντίδας
- Δικαίωμα στην εργασία
- Δικαίωμα στην απαγόρευση των διακρίσεων και του στιγματισμού
- Δικαίωμα στη σωστή πληροφόρηση: αντιμετωπίζοντας το στίγμα της εξάρτησης από ναρκωτικά
- Δικαίωμα στην προστασία της ανθρώπινης ζωής (μείωση της βλάβης).



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1

Γενικές αρχές αντιμετώπισης εξαρτημένου ατόμου



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2**Γενικές αρχές αντιμετώπισης συνδρόμου στέρησης**

Πίνακας 1α

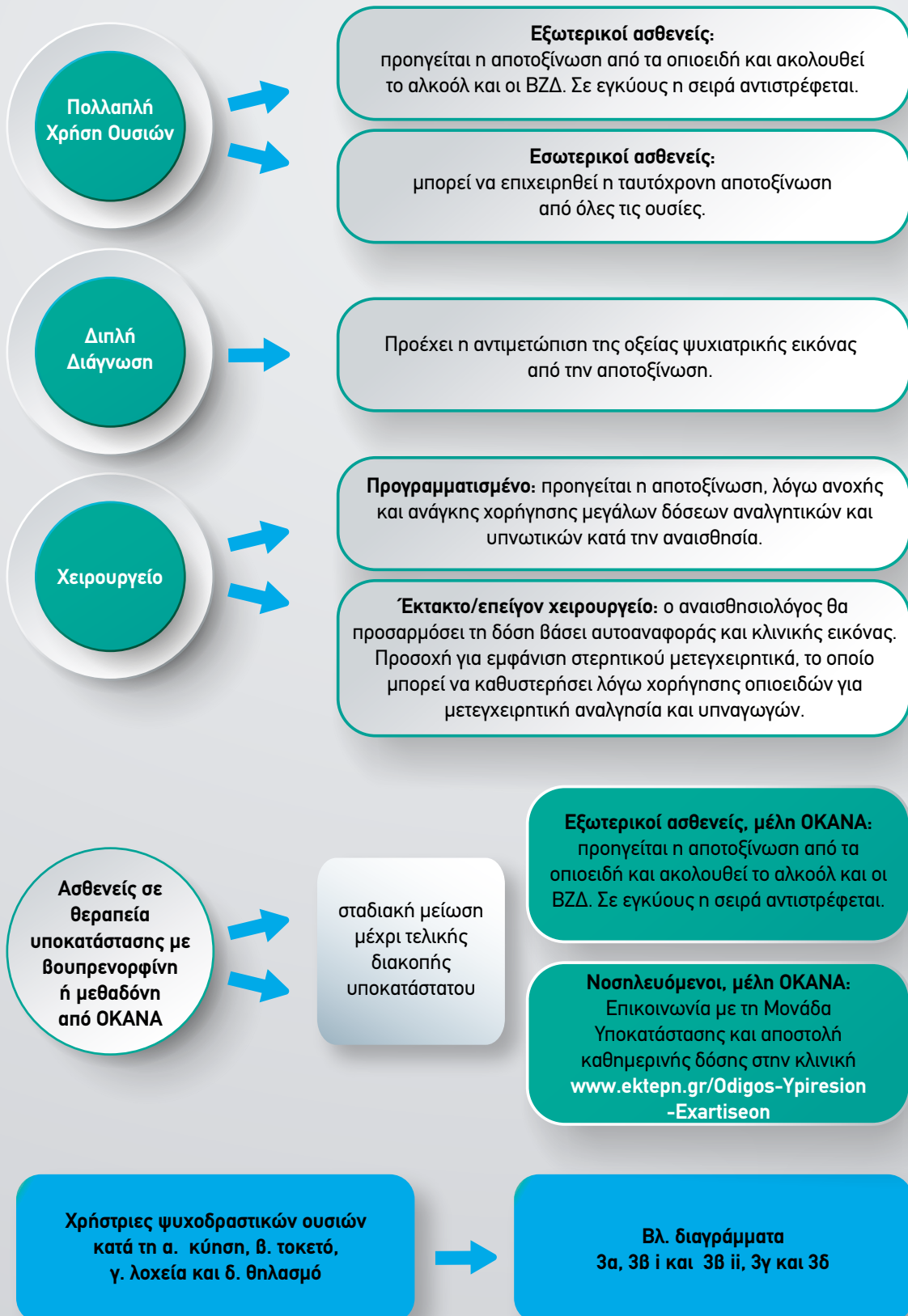
Σημεία και συμπτώματα Στερητικού Συνδρόμου από Οπιοειδή

Πρώιμα σημεία και συμπτώματα οπιοειδών	Όψιμα σημεία και συμπτώματα οπιοειδών
<u>Άγχος</u> <u>Αύξηση συχνότητας αναπνοών</u> <u>Ιδρώτας</u> <u>Δακρύρροια</u> <u>Χασμήματα</u> <u>Ρινόρροια</u> <u>Ανόρθωση Τριχών</u> <u>Ανησυχία</u> <u>Ανορεξία</u> <u>Ευερεθιστότητα</u>	<u>Αϋπνία</u> <u>Ναυτία- Έμετος</u> <u>Διάρροια</u> <u>Αδυναμία</u> <u>Κοιλιακές Κράμπες</u> <u>Ταχυκαρδία Υπέρταση</u> <u>Μυϊκοί σπασμοί</u> <u>Μυοσκελετικά άλγη</u>

Πίνακας 1β

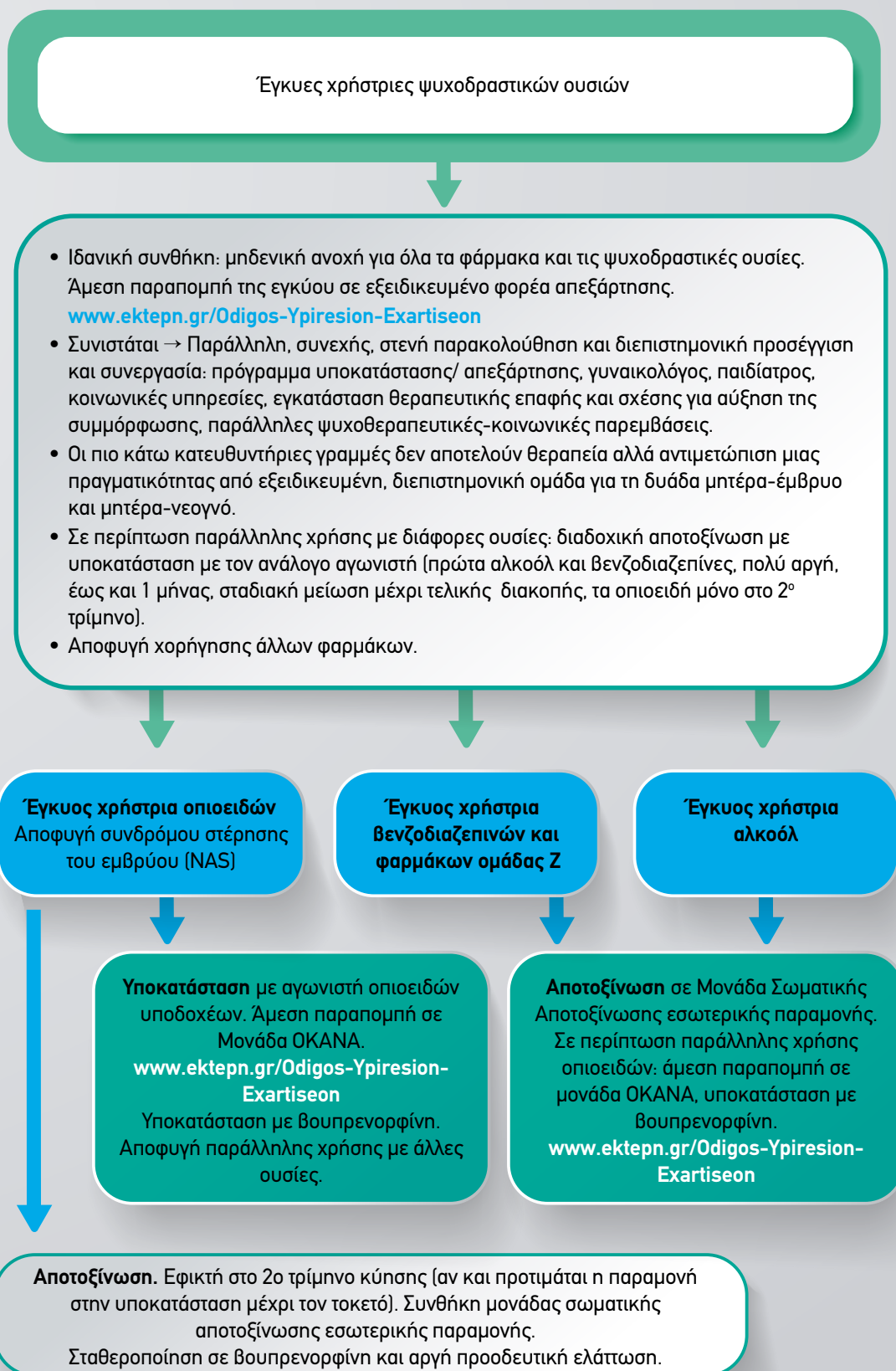
Σημεία και συμπτώματα Στερητικού Συνδρόμου από βενζ/πίνες ή αλκοόλ

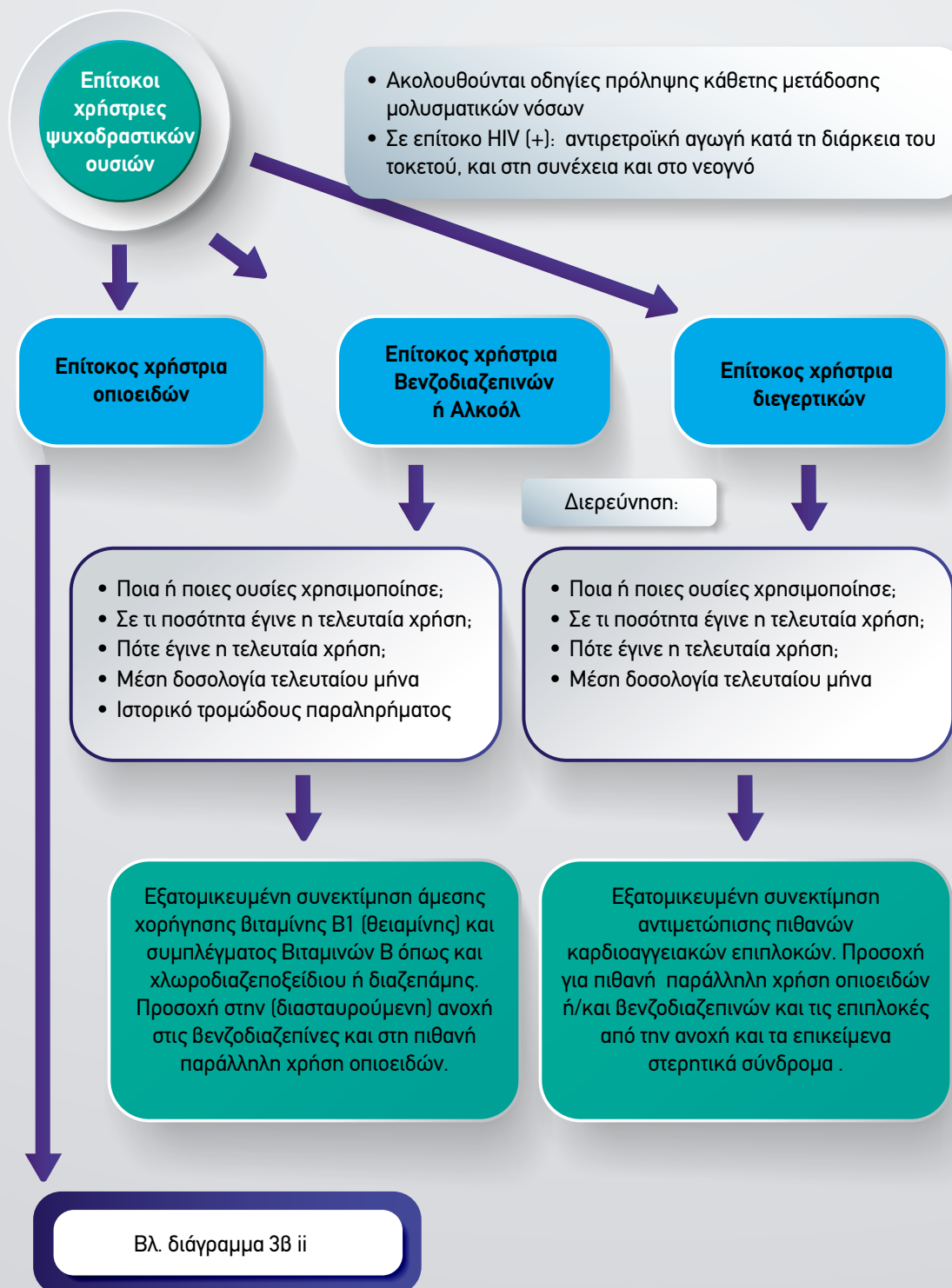
Σημεία και συμπτώματα Στερητικού Συνδρόμου βενζοδιαζεπινών/αλκοόλ
▪ Αυξημένος τρόμος των χεριών ▪ Διακύμανση του επιπέδου συνείδησης ▪ Παροδικές οπτικές, απτικές ή ακουστικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις ▪ Ψυχοκινητική διέγερση ▪ Διαταραχές προσοχής, μνήμης και προσανατολισμού ▪ Γενικευμένες, τονικοκλονικές επιληπτικές κρίσεις (Grandmal)
Σημεία και συμπτώματα Τρομώδους Παραληρήματος (Delirium tremens)
▪ Αστάθεια αυτόνομου νευρικού συστήματος ▪ Έντονη ψυχοκινητική διέγερση ▪ Διαταραχή επιπέδου συνείδησης ▪ Σύγχυση ▪ Διαταραχές της αντίληψης

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3**Αντιμετώπιση συνδρόμου στέρησης σε ειδικές περιπτώσεις**

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3α

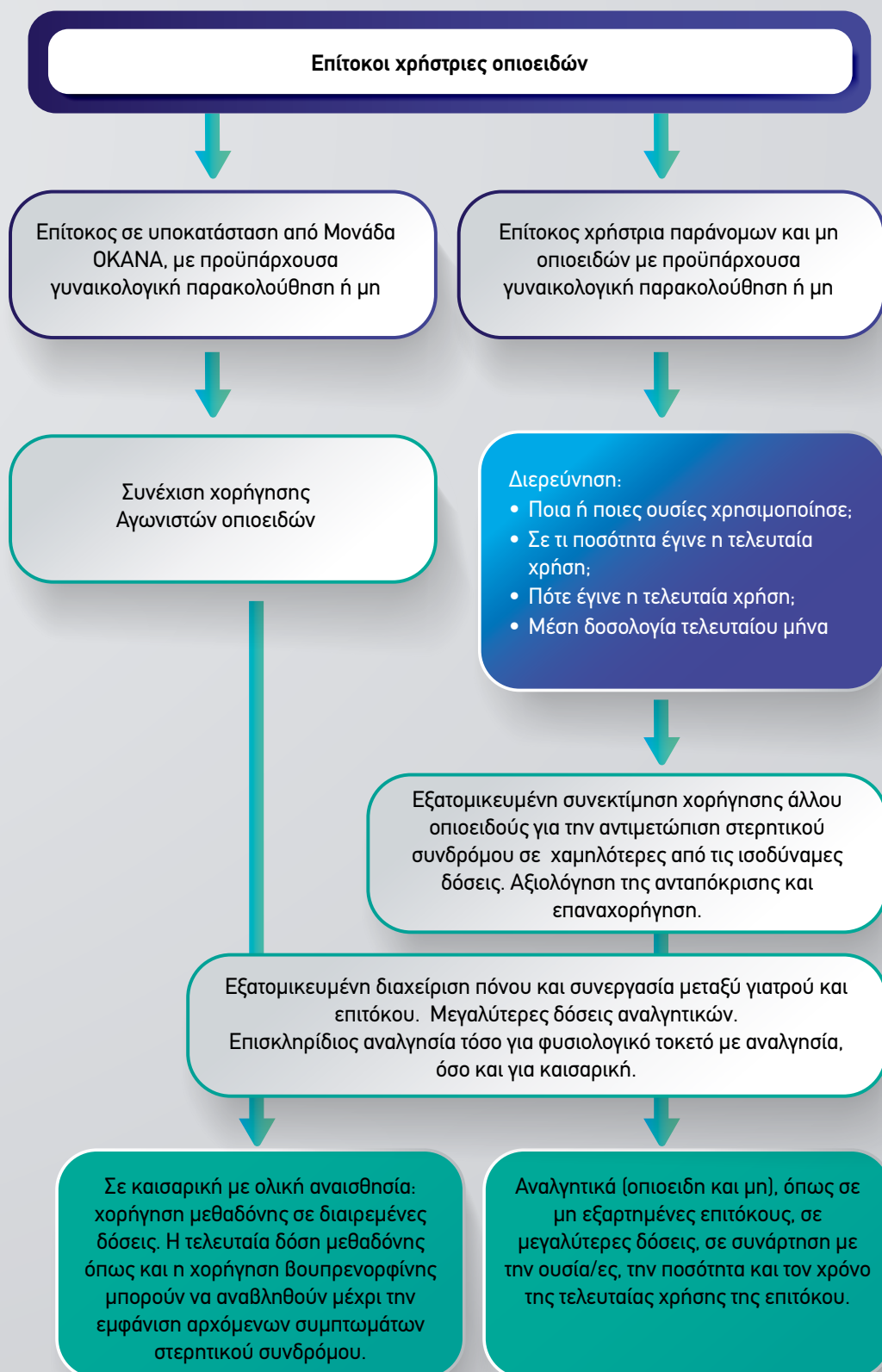
Αντιμετώπιση συνδρόμου στέρησης κατά την κύηση

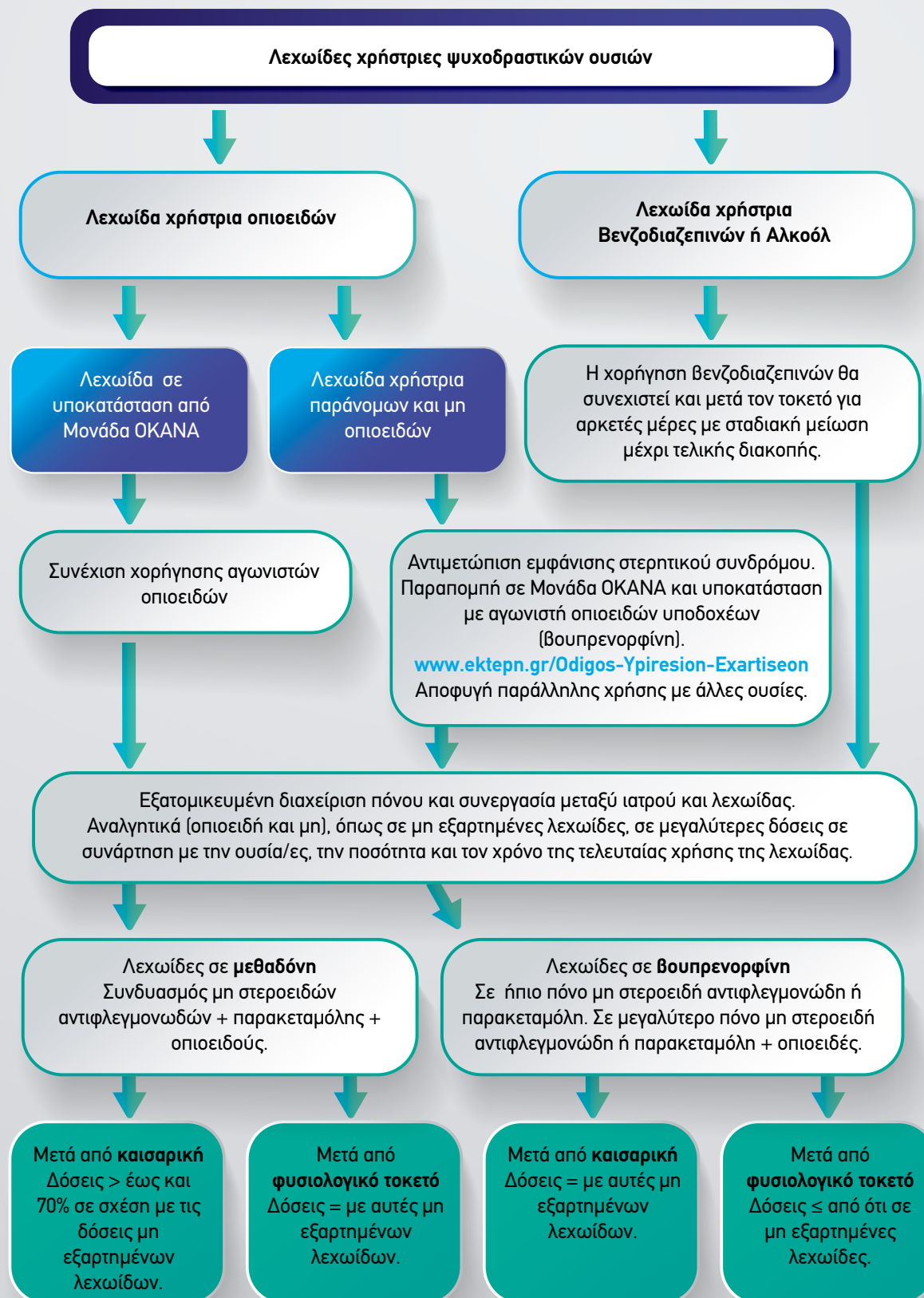


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3βι**Αντιμετώπιση συνδρόμου στέρησης κατά τον τοκετό**

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3βii

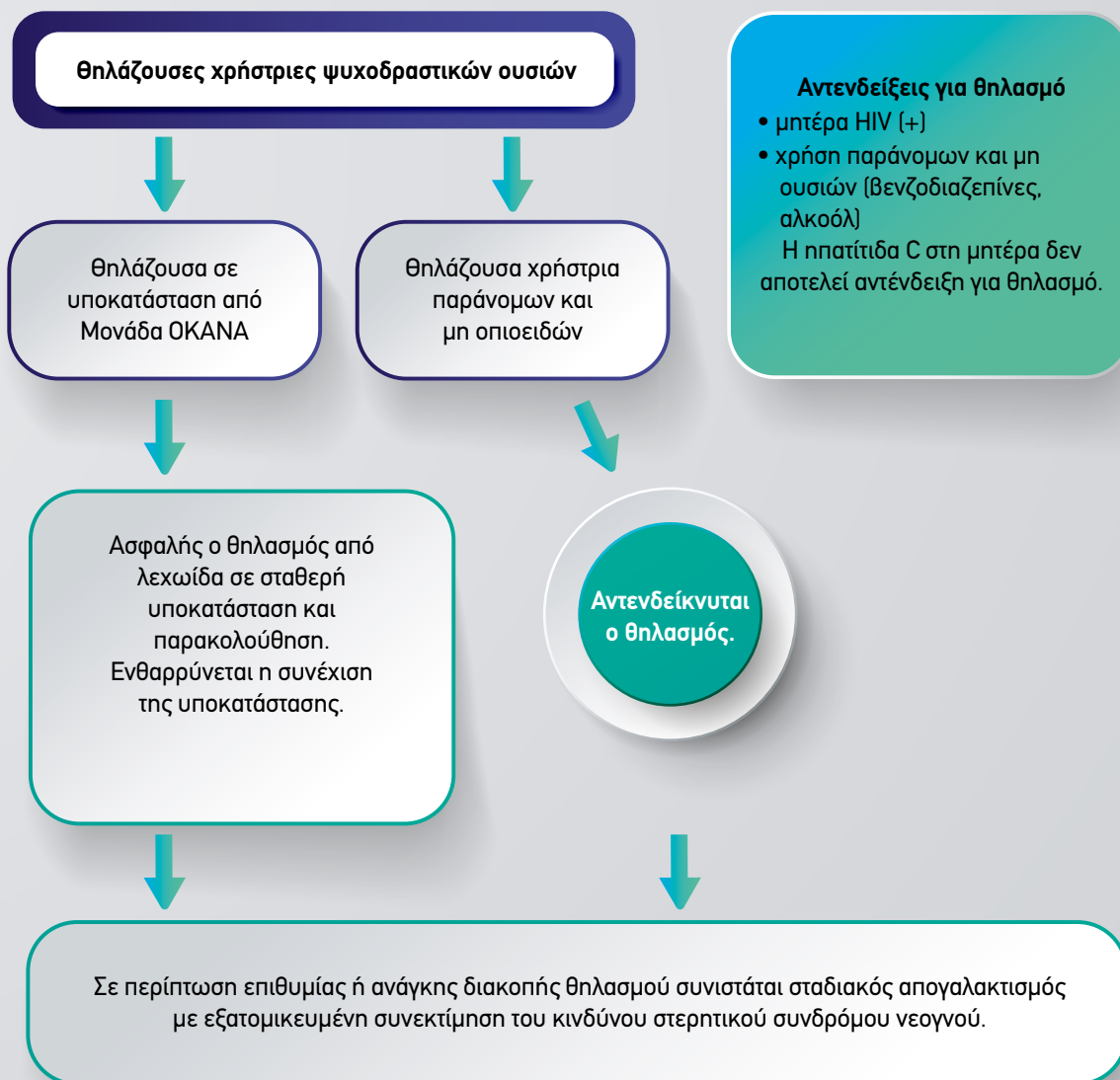
Αντιμετώπιση συνδρόμου στέρησης κατά τον τοκετό: οπιοειδή



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3Υ**Αντιμετώπιση συνδρόμου στέρησης κατά τη λοχεία**

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3δ

Αντιμετώπιση συνδρόμου στέρησης κατά τον θηλασμό



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4α**Γενικές Αρχές Αντιμετώπισης Τοξίκωσης/Υπερδοσολογίας**

Συχνά **αίτια** κωματώδους κατάστασης στο δρόμο ή στα Επείγοντα:
υπερβολική δόση από οπιοειδή/ βενζοδιαζεπίνες, υπογλυκαιμία, μετακριτική φάση επιληπτικής κρίσης, κρανιοεγκεφαλική κάκωση, υπο/υπερνατρίαμία, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

- Αναγνώριση συμπτωμάτων από το ΚΝΣ, το αναπνευστικό, το καρδιαγγειακό σύστημα και τις ψυχικές λειτουργίες
- Αξιολόγηση της κλινικής εικόνας, πληροφορίες από συγγενείς και φίλους (αν είναι εφικτό)
- Εκτίμηση για ταυτόχρονη χρήση πολλών ουσιών
- Συνεχής παρακολούθηση ζωτικών σημείων, έλεγχος επιπέδου συνείδησης και αναπνευστικής λειτουργίας
- Διαρκής επανεκτίμηση της κλινικής κατάστασης, ετοιμότητα για ενδοτραχειακή διασωλήνωση
- Επαρκής, εξατομικευμένος χρόνος παρακολούθησης μετά την εξασφάλιση της αρχικής αντιμετώπισης ανάλογα με την ουσία, τα χορηγηθέντα αντίδοτα, τη παρουσία σωματικής ή/και ψυχιατρικής συννοσηρότητας
- Προσοχή για εμφάνιση στερητικού συνδρόμου μετά από τη παρέλευση του συγκεκριμένου για τη κάθε ουσία χρόνου

Δεν ξεχνάμε την πιθανότητα:

- συννοσηρότητας με άλλες οξείες ή χρόνιες παθήσεις
- κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης ή άλλου τραυματισμού
- καρδιοαγγειακών, αναπνευστικών ή άλλων επιπλοκών
- ραβδομύλωσης από μυϊκή νέκρωση με κίνδυνο οξείας νεφρικής ανεπάρκειας
- κάκωσης νεύρων και πλεγμάτων
- ψυχιατρικής συννοσηρότητας ή ψυχιατρικών διαταραχών προκαλούμενων από τις ουσίες
- αμφιβολίας για τη δράση των συγκεκριμένων ουσιών και για την αναγκαιότητα χρήσης αντιδότων → επικοινωνία με το Κέντρο Δηλητηριάσεων (Τηλ: 210 7793777)

- Θέση ανάνηψης
- Υποστήριξη αναπνευστικής λειτουργίας: εκτίμηση και εξασφάλιση βατότητας αεραγωγού και επάρκειας αερισμού
- Υποστήριξη της κυκλοφορίας: τοποθέτηση ενδοφλέβιου καθετήρα και χορήγηση διαλύματος δεξτρόζης 5%
- Άμεση χορήγηση ανταγωνιστών (Naloxone, Flumazenil)

**Ειδική αντιμετώπιση
ανά ουσία
(βλ. επόμενη σελίδα)**

Επιπλοκές;

ΝΑΙ

**Παραπομπή σε ιατρό ή
κλινική της αρμόδιας
ειδικότητας**

Επικοινωνία με και ακόλουθη επιστροφή στον φορέα απεξάρτησης, στον οποίο παρακολουθείται ή ενημέρωση και παραπομπή σε εξειδικευμένο φορέα απεξάρτησης

www.ektepn.gr/Odigos-Ypiresion-Exartiseon

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4β

Ειδική Αντιμετώπιση Τοξίκωσης/Υπερδοσολογίας ανά ουσία

Οπιοειδή, (Πίνακας 2α)

Χορήγηση ναλοξόνης

- Αρχική δόση: 0,1-0,4 mg i.v. (επίσης i.m., s.c., ενδορινικά)
- Επαναληπτικές δόσεις 0,1-0,2 mg ανά 2-3 min, αν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται.
- Συνεχής έγχυση: σε περίπτωση αρχικής ανταπόκρισης και επανεμφάνισης βυθιότητας/ αναπνευστικής καταστολής μετά την παρέλευση χρόνου δράσης της ναλοξόνης. Ρυθμός έγχυσης ίσος με τα 2/3 της αρχικά αποτελεσματικής δόσης ναλοξόνης ανά ώρα, συνήθως 0,4-0,8 mg/h.
- Κατά κανόνα ανταπόκριση με συνολική δόση ναλοξόνης < 2 mg.
- Προσοχή για πιθανή πρόκληση οξέος στερητικού συνδρόμου
- Επανεκτίμηση διάγνωσης συνδρόμου υπερδοσολογίας οπιοειδών όταν η συνολική δόση ναλοξόνης > 10 mg (με εξαίρεση την υπερδοσολογία από βουπρενορφίνη).
- Παρακολούθηση ζωτικών σημείων για επανεμφάνιση βυθιότητας/ αναπνευστικής καταστολής, ετοιμότητα για ενδοτραχειακή διασωλήνωση. Χρόνος παρακολούθησης: έως 6 ώρες.

Κοκαΐνη –Διεγερτικά,
(Πίνακας 2δ)

Σε άτομα **χωρίς ιστορικό αλκοολισμού**: υποστηρικτική προσέγγιση, ενυδάτωση, εφφασχασμός, παραμονή σε ήρεμο και απομονωμένο περιβάλλον.

Σε υποψία ή **γνωστό ιστορικό αλκοολισμού**:

- Άμεση χορήγηση, πριν από οποιαδήποτε άλλη παρέμβαση, 100 mg θειαμίνης iv ή im.

Προσοχή στην αντιμετώπιση της ψυχοκινητικής διέγερσης. Αποφυγή μέτρων σωματικού περιορισμού/καθήλωσης. Αποφυγή φαρμακευτικής καταστολής με βενζοδιαζεπίνες. Συνιστάται, αρχικά, η προσπάθεια εφφασχασμού και η παραμονή σε ήρεμο και απομονωμένο περιβάλλον. Σε ανάγκη χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής προτιμούνται αντιψυχωσικά τύπου αλοπεριδόλης (προσοχή για πιθανότητα επιμήκυνσης του QT διαστήματος).

Βενζοδιαζεπίνες,
(Πίνακας 2β)

Χορήγηση φλουμαζεπίλης

- Συνιστώμενη αρχική δόση: 0,2-0,3 mg iv εφ' άπαξ σε 15 sec.
- Επαναληπτικές δόσεις 0,2mg/ 1 λεπτό iv, μέχρι τη χορήγηση συνολικής δόσης 1 mg. Σε συνθήκες Μονάδας Εντατικής Θεραπείας 0,3 mg/ min, iv, μέχρι συνολικής δόσης 2 mg.
- Σε επανάκαμψη υπνηλίας: δεύτερη δόση εφόδου 0,2mg, iv.
- Δυνατότητα επιπρόσθετης ενδοφλέβιας έγχυσης 0.1-0.4 mg/h με μέγιστη δόση 2mg με εξατομικευμένη δοσολογία και ρυθμό έγχυσης με δείκτη το επιθυμητό επίπεδο συνείδησης.
- Αποφυγή ταχείας χορήγησης υψηλών δόσεων > 1 mg λόγω κινδύνου πρόκλησης συμπτωμάτων στέρσης με επιληπτικές κρίσεις.

Αλκοόλ, (Πίνακας 2γ)

Ήπια ψυχοκινητική διέγερση με φυσιολογικά ζωτικά σημεία: εφφασχασμός, και παραμονή σε ήρεμο και απομονωμένο περιβάλλον.

Για την καταστολή του ασθενή με **αυξημένη ψυχοκινητική διέγερση**, ανησυχία, μυϊκή υπερδραστηριότητα:

- Προσοχή στα μέτρα σωματικού περιορισμού/καθήλωσης. Μέτρηση CPK.
- Βενζοδιαζεπίνη βραχείας διάρκειας, π.χ. μιδαζολάμη (Dormicum) 2mg iv και στη συνέχεια 1mg iv κάθε 3-5 λεπτά, ανάλογα με τις ανάγκες.
- Αντιψυχωσικά → μόνο σαν δεύτερης γραμμής κατασταλτικά λόγω της πιθανότητας επιμήκυνσης του QT διαστήματος και μείωσης του επιληπτικού ουδού.

Σε περίπτωση εμφάνισης **επιληπτικών κρίσεων**:

- Διαζεπάμη: 5-10 mg iv, επί μη ανταπόκρισης επαναληπτική δόση ανά 15 min.
- Λοραζεπάμη: 4-8 mg iv
- Φαινοβαρβιτάλη ή θειοπεντάλη.

Προσοχή κατά την τοποθέτηση ρινοφαρυγγικού αεραγωγού λόγω πιθανών βλαβών του ρινικού βλεννογόνου και του διαφράγματος από χρόνια ενδορρινική χρήση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2α

Σημεία και συμπτώματα Υπερδοσολογίας από Οπιοειδή

- Καταστολή του ΚΝΣ (Βαθμολογία κλίμακας κώματος Γλασκώβης <12)
 - Βραδύπνοια
 - Κόρες οφθαλμών σε μύση (δίκην κεφαλής καρφίτσας)
 - Κυάνωση
 - Ενδείξεις ενδοφλέβιας χρήσης ουσιών(φλεβοκέντηση)
- } Κλασική
Τριάδα

ΠΙΝΑΚΑΣ 2β

Σημεία και συμπτώματα υπερδοσολογίας από βενζοδιαζεπίνες

- Καταστολή ΚΝΣ (σύγχυση, αποπροσανατολισμός, υπνηλία, βυθιότητα έως κώμα)
- Δυσαρθρία
- Αταξία
- Αλλοιώσεις των ψυχικών λειτουργιών (άρση αναστολών, παρορμητικότητα, ευμετάβλητο συναίσθημα, ψυχωτικές εκδηλώσεις/διαταραχές σκέψης και αντίληψης)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2γ**Σημεία και συμπτώματα υπερδοσολογίας από αλκοόλ**

Επίπεδα αιθανόλης στο αίμα mg/dl	Κλινική εικόνα
25-50	Ήπια ευφορία και διέγερση, διαχυτικότητα, κοινωνικότητα, χαλάρωση, αυξημένη αυτοπεποίθηση, μικρή επίδραση στη λειτουργικότητα
50-80	Επιπλέον: άρση αναστολών, περιορισμός κριτικής σκέψης, διαταραχή κίνησης
80-150	Επιπλέον: διαταραχές συντονισμού κινήσεων και ισορροπίας (ασυνέργεια κινήσεων, αστάθεια), επιβράδυνση αντανακλαστικών/ αύξηση του χρόνου αντίδρασης, δυσχέρεια ομιλίας, διαταραχές όρασης, συναισθηματική αστάθεια, ναυτία, έμετος
150-300	Επιπλέον: παρεγκεφαλιδική δυσλειτουργία (αταξία, νυσταγμός), αδυναμία βάδισης, αμνησία, απάθεια, υπνηλία, δυσχέρεια αναπνοής, απώλεια ούρων
>300	Επιπλέον: αναπνευστική καταστολή, κατάργηση αντανακλαστικών, κώμα, θάνατος

ΠΙΝΑΚΑΣ 2δ**Σημεία και συμπτώματα υπερδοσολογίας από κοκαΐνη/διεγερτικά**

- Φάση Καταστολής ΚΝΣ:
 - κεφαλαλγία, ναυτία, έμετος, ίλιγγος, αύξηση εν τω βάθει αντανακλαστικών, μειωμένη αντίδραση στα εξωτερικά ερεθίσματα → κώμα, κατάργηση αντανακλαστικών, χαλαρή παράλυση
- Διευρυμένες και μη αντιδρώσες κόρες
- Status epilepticus
- Καρδιαγγειακό σύστημα: καρδιακές ταχυαρρυθμίες (έκτακτες κοιλιακές συστολές, κοιλιακές και υπερκοιλιακές αρρυθμίες, κοιλιακή μαρμαρυγή ή ασυστολία), περιφερική κυάνωση, κυκλοφορική ανεπάρκεια, υπόταση, οξεία στεφανιαία νόσος, έμφραγμα μυοκαρδίου, καρδιακή ανακοπή, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, εγκεφαλικά έμβολα, εγκεφαλικά αιμορραγικά επεισόδια
- Αναπνευστική λειτουργία: δύσπνοια, ακανόνιστη αναπνοή, αναπνευστική ανεπάρκεια, πνευμονικό οίδημα, κυάνωση, αγωνιώδης αναπνοή, αναπνευστική παράλυση
- Απορρύθμιση του κέντρου θερμορύθμισης, πιθανή σοβαρή υπερθερμία



ΕΘΝΙΚΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Υπό την Αιγίδα του Εθνικού Συντονιστή
για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών



ΕΘΝΙΚΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

📍 Αριστοτέλους 17, 10433 Αθήνα 📞 21 3216 1301 ✉ esynar@primeminister.gr