

UDHËRRËFYES
TERAPEUTIK NDAJ
SINDROMIT TË
TËRHEQJES
ALKOOLIKE

PËRMBAJTJA :

-Parathënie	(faqe 4)
-Identifikimi i Keqë rëndësisë të alkoolit si Ndërhyrje e Efektshme Parandaluese	(faqe 5)
-Detoksifikimi Alkoolik	(faqe 6)
- Nevoja për detoks	(faqe 7)
-Sindromi i Tërheqjes Alkoolike	(faqe 8)
- Fispatologjia e Sindromit të Tërheqjes Alkoolike	(faqe 8)
-Paraqitje Skematike e Fispatologjisë të STA	(faqe 9)
- Qasja Diagnostike	(faqe 11)
- Para Trajtimit: Vlerësoni dhe Stabilizoni	(faqe 11)
- Shenjat dhe Simptomat e Tërheqjes Alkoolike	(faqe 11)
- Fillimi Dhe Kohëzgjatja e Simptomave të Tërheqjes	(faqe 12)
- Diagnoza Diferenciale e STA	(faqe 13)
- Testet Laboratorike dhe Ekzaminimet Imazherike	(faqe 16)
- Përcaktimi i Gravitetit të Tërheqjes	(faqe 18)
- Objektivat e Shërbimeve Trajtuese të STA	(faqe 19)
- Zgjedhja e Trajtimit	(faqe 20)
- Trajtimi Ambulator i Tërheqjes	(faqe 20)
- Trajtimi Rezidencial	(faqe 20)
- Trajtimi Spitalor	(faqe 21)
-Përzgjedhja e Shërbimeve Trajtuese të Tërheqjes	(faqe 21)
- Krite të Pranimit për Shërbime të Ndryshme të Tërheqjes Alkoolike	(faqe 22)
- Monitorimi Gjatë Tërheqjes Alkoolike	(faqe 23)
- Përcaktimi i Gravitetit të STA	(faqe 23)
- Vlerësimi i Ashpërsisë së STA me Shkallën CIWA-Ar	(faqe 25)
- Formulari Skematik i Shkallës CIWA-Ar	(faqe 25)
- Kujdesi Mbështetës	(faqe 29)
- Informimi i Pacientit	(faqe 29)
-Mjedisi dhe Mbështetja	(faqe 29)
-Këshillim Mbështetës	(faqe 30)
- Përballja me “Ethshmërinë”	(faqe 30)
- Dieta, Nutricioni dhe Rehidratimi	(faqe 31)
- Suplementët Vitaminik dhe Mineral	(faqe 32)
- Skema e Deficiencës Thiaminike	(faqe 34)
- Gjumi dhe Relaksimi	(faqe 37)
- Lehtësimi i Lidhjeve me Shërbimet e Tjera për Trajtim të Mëtejshëm dhe Mbështetje	(faqe 37)

- <i>Komplikacionet e Rënda të STA</i>	(faqe 37)
- <i>Terapia Medikamentoze për Menaxhimin e STA</i>	(faqe 38)
- <i>Disa Karakteristika të Benzodiazepinave më të Përdorura në STA</i>	(faqe 41)
- <i>Parimet e Dozimit</i>	(faqe 42)
- <i>Përcaktimi i Dozës Fillestare</i>	(faqe 43)
- <i>Përcaktimi i Kohës së Dhënies së Dozës së Parë</i>	(faqe 43)
- <i>Ulja e Dozave</i>	(faqe 44)
- <i>Hapat Konkrete Detoksifikuese me CDZ</i>	(faqe 45)
- <i>Regjimi Stabilizues</i>	(faqe 45)
- <i>Regjimi i Reduktimit të Dozës Fikse të CDZ</i>	(faqe 46)
- <i>Menaxhimi i Detoksifikimeve më Komplekse</i>	(faqe 47)
- <i>Alternativat e CDZ</i>	(faqe 48)
- <i>Trajtimi i Grupeve Të Veçanta të Pacientëve</i>	(faqe 48)
- <i>Shembull Regjimi me Lorazepam i STA</i>	(faqe 52)
- <i>Hapat për Menaxhimin me Diazepam të STA</i>	(faqe 53)
- <i>Detoksifikimi Alkoolik në Kushte Ambulatore</i>	(faqe 55)
- <i>Mjekimet Alternative, Simptomatike, etj</i>	(faqe 58)
- <i>Antikonvulsantët</i>	(faqe 58)
- <i>Medikamentet Antipsikotike</i>	(faqe 59)
- <i>Agjentët Anti-Hipertensive</i>	(faqe 61)
- <i>Medikamentet Simptomatike</i>	(faqe 62)
- <i>Trajtimi i Komplikimeve të Rënda të Tërheqjes</i>	(faqe 64)
- <i>Kriza Konvulsive e Tërheqjes Alkoolike</i>	(faqe 63)
- <i>Halucinacionet</i>	(faqe 68)
- <i>Deliriumi i Tërheqjes Alkoolike, Klinika dhe Prevalenca</i>	(faqe 70)
- <i>Encefalopatia Wernicke</i>	(faqe 73)
- <i>Skema e diagnozës dhe Mjekimit të EW</i>	(faqe 77)
- <i>Morbus Marchiafava Bignami</i>	(faqe 78)
- <i>Proгноza pas Trajtimin të STA</i>	(faqe 79)
- <i>Shtojcë</i>	(faqe 80)
- <i>Testet më të Praktikuara mbi Keqpërdorimin Alkoolik</i>	(faqe 80)
- <i>Modelet e Alkool-pirjes, Masat dhe Limitet e Sigurta</i>	(faqe 90)
- <i>Formula Përllogaritëse e Fortësisë së Pijes Alkoolike</i>	(faqe 92)
- <i>Bibliografia</i>	(faqe 94)

PARATHËNIE

Alkool-pirësit e rëndëqë papritur ulin konsumimin e alkoolit ose abstenojnë plotësisht mund të përjetojnë Sindromin e Tërheqjes Alkoolike (STA). Kjo ndodh nga një mbiaktivizim kompensues i neuroneve, nxitur nga mangësia akute e substancës etilike tek këa individë në një terren cerebral me disbalancim tashmë të instaluar neurokimik. Shenjat dhe simptomat e STA-së mund të përfshijnë ndër të tjera, dridhje të lehta deri në të moderuara, nervozizëm, ankth ose agjitacion. Manifestimet më të rënda të tërheqjes përfshijnë krizë konvulsive, halucinatione dhe delirium tremens.

Në këtë artikull shtjellohen detajisht dhe në kompleksitetin e tyre ndërhyrjet menaxhuese ndaj kësaj patologjie (STA-së). Aty përfshihen vlerësimi i plotë i ashpërsisë së simptomave të pacientit dhe të çdo kushti të ndërlikuar, si edhe trajtimi i simptomave të tërheqjes me qasjet farmakologjike dhe jo-farmakologjike. Trajtimi, varësisht gravitetit të simptomatikës së STA-së mund të realizohet si në mjediset e shërbimeve spitalore/rezidenciale, ashtu edhe në kushte ambulatorë. Vlerësimi dhe trajtimi në kohë dhe adekuat i tërheqjes përbën hapin e parë superues, sa të rëndësishëm dhe ndoshta përcaktues, në procesin e gjatë e të ndërlikuar të trajtimit të varësisë alkoolike drejt synimit final, abstinencës së qëndrueshme.

Tërheqja alkoolike, krahasuar me tërheqjen e shumicës së substancave të tjera psikoaktive, zhvillohet me një specifikë më serioze simptomatike, e cila mund të progredojë deri në fatalitet (në një raport tronditës mortaliteti, rreth 1 në 3 raste). *Ndërlikimet dhe mortaliteti janë pothuajse plotësisht të parandalueshme nëse individët alkool-varur trajtohen drejt dhe nxiten në respektimin e programeve terapeutike.*

Ky program është konceptuar bazuar në referencat bibliografike, praktikën dhe hulumtimet bashkëkohore në lëmin e alkologjisë, veçanërisht mbi STA-në, pa u larguar nga realiteti ynë shëndetësor në raport me këtë aspekt nozologjik si në aspektin epidemiologjik, ashtu edhe në atë të kapaciteteve tekniko-profesionale dhe infrastrukturore.

Qëllimi i punimit është që t'u shërbejë institucioneve shëndetësore terapeutike në përgjithësi, qofshin ambulatorë apo spitalore/rezidenciale, si një udhëzues terapeutik ndaj Sindromit të Tërheqjes Alkoolike me të cilin ato mund të përballen, i cili i konceptuar në trajtimin e shkallëve të ndryshme të gravitetit patologjik të kësaj nozologjie, shpresojmë të ketë akses dhe shtrirje utilitare, varësisht kapacitetit të shërbimeve.

I. IDENTIFIKIMI I KEQPËRDORIMIT TË ALKOOLIT SI NDËRHYRJE E EFEKTËSHME PARANDALUESE

Mjekimi efektiv i çregullimeve shëndetësore alkool-lidhura kërkon që individët me probleme të alkoolit të identifikohen dhe të referohen në shërbimet e duhura, si edhe t'u mundësohet atyre mjekimi i përshtatshëm.

Problemet alkoolike nuk identifikohen gjithmonë dhe jo gjithmonë realizohet referimi dhe mjekimi i duhur.

Identifikimi dhe mjekimi i një individi me probleme alkoolike mund të parandalojë dhe reduktojë koston shëndetësore dhe sociale, e cila rritet kur zhvillohen probleme serioze me alkoolin.

Institucionet publike në të cilat mund të prezantohen apo identifikohen individët me probleme alkoolike, janë shërbimet shëndetësore, shërbimet sociale, një numër organizmash vullnetare, si ato që ofrojnë këshillime dhe trajtime, ato që ofrojnë shërbime për grupet e cënuara (vulnerable), etj., sistemi i rendit dhe ai juridik, shkolla dhe institucionet e tjera arsimore-edukative.

Megjithatë individët me probleme alkoolike mund të ndeshen në çdo hallkë të shërbimit shëndetësor apo edhe social, etj., problemet e tyre mund të mos zbulohen për shkak të mungesës së një procedure identifikimi të qartë, si edhe për mangësi të stafeve të trajnuara të afta për të identifikuar problemet alkoolologjike.

Ndërhyrjet identifikuese të problemeve nga abuzimi alkoolik përfshijnë:

a- Skriminimi (Shoshitja)

- Skriminimi është një metodë identifikimi e rasteve të keqpërdorimit të alkoolit, rezultuar shumë e efektshme. Ai mund të kryhet zakonisht me një pyetje. Ndër pyetjet më të përdorura më praktikë do të përmendim *Pyetje të shpejtë FAST*, me vetëm 4 pyetje, si edhe *Pyetje të shpejtë AUDIT*, me 10 pyetje¹.....

¹ Pyetja AUDIT njihet mirë si një instrument i besueshëm i shqyrtimit të rasteve të keqpërdorimit të alkoolit, por FAST-i mund të përfundojë në një kohë shumë më të shkurtër (12-13 sekonda kundrejt 78-80 sekondave) dhe prandaj është i

Skrinimi nuk është e nevojshme të përbëjë një mjet specifik. Ai mundet gjithashtu të marrë formën e pyetjeve të përshtatshme gjatë konsultimit, p.sh., nga mjeku i familjes, etj.

Esencialisht ka dy tipe të skrinitit alkoolik:

1. Skrinimi universal - është shoshitja e të gjithë pacientëve që paraqiten në pika të ndryshme shëndetësore, sociale, etj.
2. Skrinimi specifik – zhvillohet tek pacientët që identifikohen me simptoma të abuzimit alkoolik.

b- Ndërhyrja e shkurtër

Në vijim të skrinitit, pacientët mund t'i nënshtrohen një "ndërhyrje të shkurtër". Nuk ka definicion standard për ndërhyrjen e shkurtër, e cila mund të shtrihet nga bashkëbisedimi i shkurtër me mjekun /infirmierin, në një numër sesionesh të intervistave motivacionale.

Por ka disa elementë që janë të përbashkët për ndërhyrjet e shkurtra: dhënia e informacionit dhe këshillimet, inkurajimi i pacientëve për të konsideruar dëmet e abuzimit të alkoolit dhe mbështetja e ndihma ndaj pacientëve, në rast se ata vendosin për të ndërprerë pirjen e alkoolit.

Për pacientët me probleme alkoolike jo shumë të mëprehta, ndërhyrja e shkurtër mund të rezultojë një qasje efektive.

II. DETOKSIFIKIMI ALKOOLIK

Në funksion të prezantimit të hershëm të Sindromit të Tërheqjes Alkoolike, do të japim një përshkrim të përbledhur të detoksifikimit alkoolik, që padyshim përbën një hallkë ndoshta përcaktuese në zinxhirin trajtues të varësisë alkoolike, që kursesi s'mund ta shkëpusim nga kompleksiteti i Sindromit në subjekt.

Detoksifikimi i referohet një trajtimi të dizenuar për të kontrolluar komplikimet mjekësore dhe psikologjike që mund të ndodhin pas një periudhe të përdorimit të rëndë dhe të qëndrueshëm të alkoolit.

Detox ka më shumë gjasa të përfundojë me sukses dhe abstinenca të ruhet nëse ka përgatitje paraprake dhe nëse është planifikuar mbështetja pastrajtuese. Detoksifikimet e shumëllojshme dhe të përsëritura nga alkooli janë të ndërlidhura me simptoma të rënda të tërheqjes (delirium tremens, krizë konvulsive, dëmtime cerebrale alkool-lidhura) dhe prandaj mund të jenë të dëmshme.

përshtatshëm për shqyrtimin e grupeve më të gjëra të popullsisë në një mënyrë më kosto efektive (këta pyetje të shtjellohen detajisht në shtojcën e këtij teksti)..

Shumë pacientët e varur menaxhojnë simptomat e tërheqjes së alkoolit çdo ditë me konsumimin e vazhdueshëm të alkoolit dhe shpesh është e përshtatshme që ata të vazhdojnë me këtë komportim derisa të vlerësohen formalisht nga shërbimet e varësisë për të përcaktuar trajtimin më të mirë për dependencën e tyre alkoolike, ndërkohë që u rekomandohen këshillime me operatorë përkatës.

Nevoja për detoks:

Detoksifikimi ndaj alkoolit ka të ngjar të kërkohet për:

- Individët alkool-pirës kronikë të cilët shfaqin simptoma dhe shenja të varësisë alkoolike;
- Pacientët që rregullisht pijnë mbi 15 u (njësi)² alkool në ditë dhe/ose që shënojnë 15 ose më shumë në Testet identifikuese AUDIT/ SADQ³

Trajtimi detoksifikues mund të mos jetë i nevojshëm për:

- Pacientët me rrezik të lartë, por jo përdorues të vazhdueshëm të alkoolit dhe/ose me varësi në nivel të ulët;
- Ata pacientë pa simptoma tërheqjeje alkoolike apo pirje alkooli recente (pra, pa rrezik për zhvillim të STA-s edhe terapi preventive ndaj kësaj patologjie)
- Rastet kur nuk konstatohet alkool në testin e frymës dhe nuk ka shenja /simptoma të tërheqjes
- Alkool-pirës binge (binxh)⁴ apo periodikë me periudhët e fundit të pirjes nën 1 javë
- Ata me konsumim alkooli tipik <15u / ditë
- Ata me model pirjeje vetëm 3-4 ditë /javë
- Ata me detoksifikim alkoolik të fundit mbi 10 muaj;
- AUDIT <15
- SADQ <15

² Një njësi alkool është 10ml (1cl) sipas volumit, ose 8gr sipas peshës së alkoolit puro.

³ SADQ është një formular i hartuar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë i përbërë nga 20 pyetje dhe që shërben si mjet shqyrtimi klinik për të vlerësuar praninë dhe nivelin e varësisë së alkoolit (shtjelluar në shtojcën e këtij teksti).

⁴ Një nga definicionet më të pranuar mbi *alkool-pirjen Binge* është ai i NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), që e përkufizon atë si një model të pirjes së alkoolit që sjell nivelin e përqendrimit të tij në gjak në 0.08 g / dL. Kjo zakonisht ndodh pas pirjes së 4 njësisë alkool për femrat dhe 5 njësisë alkool për meshkujt brenda një kohe për rreth 2 orësh.

III. SINDROMI I TËRHEQJES ALKOOLIKE

Definicion

Sindromi i Tërheqjes Alkoolike (STA) është një dukuri patologjike që ndodh tek pacientët me varësi të alkoolit, kur konsumimi ditor i alkoolit prej tyre ulet ndjeshëm ose ndërpritet. Rënia e etanolit në gjak në nivelin në të cilin pacienti është ambientuar, shkakton STA. **Sindromi zakonisht fillon 6 deri në 24 orë pas alkool-pirjes së fundit të pacientit dhe mund të përparojë deri në delirium tremens potencialisht fatal.**

Fispatologjia e Sindromit të Tërheqjes Alkoolike

Sindromi i tërheqjes alkoolike ndërmjetësohet nga një varietet mekanizmesh. Truri mban një balanc neurokimik përmes neurotransmetuesve inhibues dhe eksitues. Neurotransmetuesi kryesor inhibues është gamma-aminobutyric acid (GABA), që vepron përmes neuroreceptorit GABA-alpha (GABA- α). Një nga neurotransmetuesit kryesorë eksitues është glutamati, i cili vepron përmes neuroreceptorit N-methyl-D-aspartate (NMDA).

Alkooli rrit efektin e GABA-s mbi neuroreceptorët GABA- α , duke rezultuar në uljen në përgjithësi të eksitimit të trurit. Ekspozimi kronik ndaj alkoolit gjeneron një ulje kompensatore të përgjigjes së neuroreceptorëve GABA- α ndaj neurotransmetuesve GABA dhe me pasojë rritjen e tolerancës ndaj alkoolit.

Përdorimi kronik i alkoolit rezulton në mbipërgjigje (up regulation) të receptorëve post-sinaptikë N-metil-D-aspartat (NMDA) dhe në përgjigje (down regulation) të neuroreceptorëve GABA- α . Një rënie në përqëndrimin e etanolit në gjak për shkak të ndërprerjes së papritur të konsumit të alkoolit, shkakton një çekuilibër midis sistemeve stimulues (NMDA) dhe inhibues (GABA) cerebralë. Efekti i tepërt stimulues çon në zhvillimin e shenjave klinike dhe simptomave të STA-së.

Një situatë e rëndësishme patologjike, ku interferohen etshëmëria alkoolike (alcohol-craving) me tërheqjen alkoolike, është **fenomeni “ndeze” (kindling)**⁵.

⁵ “Ndezeja” i referohet situatës neurologjike e cila rezulton nga episode të përsëritura të tërheqjes alkoolike (përfshirë edhe substanca të tjera sedativo-hipnotike). Çdo tërheqje alkoolike nuk largohet pa lënë “gjurmë”, duke krijuar kështu terren për episode tërheqesh pasardhëse me simptomatikë më të shprehur se ajo paraardhëse. Individët që kanë përjetuar më shumë episode të tërheqjes, janë në një rrezik më të rritur për simptomë shumë të rënda të tërheqjes, deri në delirium tremens dhe vdekje. Tërheqja

Megjithese veçantia e kindling-ut në tërheqjen alkoolike është e diskutueshme, ky fenomen mund të jetë i rëndësishëm në zgjedhjen e mjekimit të tërheqjes. Në rast se disa medikamente ulin efektin e kindling-ut, ato mund të vlerësohen agjent të preferuar.

PARAQITJE SKEMATIKE E FISPATOLOGJISË SË STA-së

Sindromi i tërheqjes alkoolike është një kompleks manifestimesh fizpatologjike që ndodhin në vazhdimësi, si një përgjigje e ndërprerjes së papritur të përdorimi të alkoolit ose reduktimit të ndjeshëm të konsumit të tij



Këto përgjigje shkojnë nga një nervozizëm i lehtë deri në konvulsione dhe vdekje.

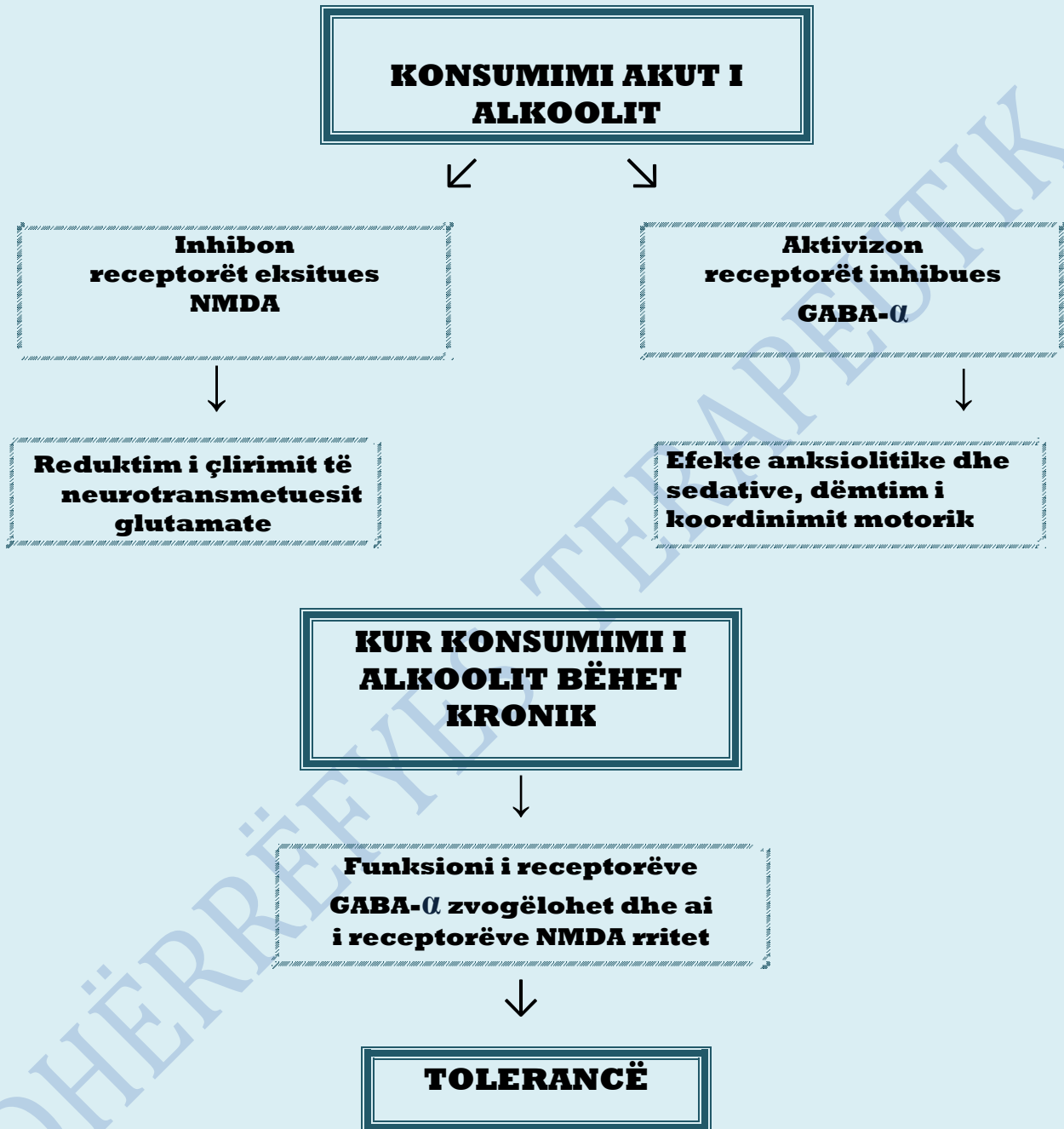


Receptorët e acidit gamma-amino-butirik të tipit α (GABA- α) dhe receptorët N-metil-D-aspartat (NMDA) luajnë një rol kritik në manifestimet e dipendencës / tolerancës alkoolike, si edhe sindromit të tërheqjes alkoolike



Monoamine neurotransmetuesit dhe serotonina e dopamina kanë gjasa gjithashtu të luajnë rol në efektet shpërblyese dhe përforcuese të alkoolit

nga alkooli e nga të tjera substanca GABA-ergjike, shkakton nëaktivitet akut të GABA-s si dhe mbiaktivitet të glutamatit, gjë që mund të çojë në sensibilizimin dhe hipereksitim të sistemit nervor qendror, ekzito-neurotoksicitet dhe neuroadaptime të shpehura, në rritje.



IV. QASJA DIAGNOSTIKE

Mund të ketë shfaqje të shumta që i çojnë abuzuesit alkoolik në uljen apo ndërprerjen e alkool-pirjes, ku mund të përfshihen çështje financiare ose sociale, përpjekje të vetëmotivuarra për të reduktuar ose abstenuar nga pirja, ose një situatë morbozike akute (p.sh., pankreatit, infeksion, traumë...). Prandaj një vlerësim i plotë i arsyeve dhe/ose i kushteve shëndetësore themelore që mund të kenë qar individin në ndryshimim e sjelljeve të pirjes, është thelbësor.

Pacientë mund të paraqiten orë ose ditë pas pirjes së tyre të fundit, me një spektër shenjash dhe simptomash të STA-së duke përfshirë hyperaktivitet autonom, tremor, nervozizëm, deri në delirium tremens, potencialisht kërcënuese për jetën. Pacientë mund të mos jenë në gjendje të japin informacion të sakt në lidhje me arsyen e paraqitjes. Nëse është e mundur, informacioni duhet të merret nga burime të tjera të disponueshme (p.sh., familja, miqtë, rastësorë ose operatorët e paraburgimit), për të përjashtuar kushtet që mund të imitojnë STA-në.

Para trajtimit: vlerësoni dhe stabilizoni

Vlerësimi fillestar i pacientit

Para se të filloni trajtimin për tërheqjen alkoolike, bëni një vlerësim të plotë të gjendjes shëndetësore të pacientit. Ky vlerësim duhet të përfshijë komorbiditetin fizik dhe psikiatrik (shtjelluar në tabelën e mëposhtme përkatëse), ashpërsinë e simptomave paraardhëse të tërheqjes dhe faktorët e rrezikut për komplikacionet e tërheqjes. Simptomat fillestare të tërheqjes alkoolike nuk janë specifike dhe mund të imitojnë kuadër sëmundjesh të tjera serioze, prandaj vlerësimi fillestar duhet të përjashtojë komorbiditetin e mundshëm me sëmundje serioze fizike dhe psihike. Ndër vlerësimet, bëhet gjithashtu vlerësimi i rezultateve të ndërrhyrjeve të mundshme identifikuese recente të abuzimit alkoolik (në ato do të disponoheshin).

Shenjat dhe Simptomat e Tërheqjes Alkoolike

Shenjat dhe simptomat e tërheqjes së alkoolit mund të grupohen në tri grupe të mëdha: *hiperaktiviteti autonom*, *ai gastrointestinal* dhe *ndryshimet konjutive e perceptuese* dhe ato mund të tiparizohen në *tërheqjen e pakomplikuar* apo *të komplikuar*, sikurse paraqiten në tabelën vijuese:

SHENJAT/SIMPTOMAT E TËRHEQJES ALKOOLIKE			
Tipi i Tërheqjes Alkoolike	Hiperaktivitet autonom	Çrregullime gastrointestinale	Çrregullime konjutive e perceptive
Tërheqje e pakomplikuuar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Disfori</i> ▪ <i>Takikardi</i> ▪ <i>Hipertoni</i> ▪ <i>Tremor</i> ▪ <i>Ethe</i> (zakonisht <38° C) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Anoreksi</i> ▪ <i>Nauze</i> ▪ <i>Vomitus</i> ▪ <i>Dispepsi</i> ▪ <i>Diarre</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Dekoncentrim</i> ▪ <i>Ankth</i> ▪ <i>Axhitim psikomotor</i> ▪ <i>Çrregullime të gjumit</i>
Tërheqje e komplikuuar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Dehidrim</i> ▪ <i>Çrregullime elektrolitike</i> 	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Konvulsione</i> ▪ <i>Halucinacione ose çrregullime perceptive (vizive, taktile, auditive)</i> ▪ <i>Delirium</i>

Fillimi dhe kohëzgjatja e simptomave të tërheqjes

Sikurse lartpërmendim, tërheqja fillon zakonisht 6 - 24 orë pas alkool-pirjes së fundit. Në disa dependentë të avancuar, tërheqja mund të ndodhë kur niveli i alkoolit në gjak është në rënie, madje edhe nëse pacienti është ende i dehur (intoksikuar) ose ka konsumuar alkool kohë të fundit; një pjesë e konsiderueshme e dependentëve përjetojnë fillimin e simptomave të tërheqjes para se përmbajtja e alkoolit në gjak të arrijë në nivelin zero.

Kështu ndërhyrja terapeutike organizohet kryesisht bazuar jo në nivelin e alkoolit në gjak, por në simptomatikën e tërheqjes.

Ndërsa për shumicën e individëve të rëqja e alkoolit është jetëshkurtër dhe pa pasoja, në disa të tjerë ajo rrit ashpërsinë e saj brenda 48 - 72 orëve të para të abstinencës. Pacienti gjatë kësaj kohe bëhet shumë i ndjeshëm ndaj stresit psikologjik dhe fiziologjik.

Simptomat psikologjike të rëqjes së alkoolit, duke përfshirë *disforinë*, *insomninë* dhe *ankthin*, shpesh vazhdojnë për disa javë pas ndërprerjes së alkool-pirjes.

Përdorimi i substancave të tjera, si edhe gjendja fiziko-psihike e pacientit, mund të ndikojnë në fillimin, gravitetin dhe kohëzgjatjen e rëqjes alkoolike.

Përdorimi i benzodiazepinave apo qetësuesve të tjerë shpesh vonon fillimin e rëqjes dhe zvogëlon gravitetin e saj. Ato gjithashtu ndihmojnë në parandalimin dhe trajtimin e *Encefalopatisë Wernicke* tek këta pacientë.

Diagnoza Diferenciale e Sindromi i Tërheqjes Alkoolike

Sindromi i tërheqjes alkoolike mund të konfundohet me gjendje të tjera shëndetësore si:

Diagnoza Diferenciale e STA-së

Sëmundja / Gjendja	Shenjat / Simptomat Diferencuese	Testet Diferencuese
<i>Intoksikimi Simpatomimetik</i>	<i>Disa intoksikimes të drogës mund të prodhojnë efekte simpatomimetike, duke përfshirë diaphoresis, hipertension, takikardi, hipertermia, agjitim, dhe konvulsione. Sindromi i delirit eksitativ mund të rezultojë në arrest të papritur kardial.</i>	<i>Kjo është një diagnozë klinike.</i>
<i>Encefalopati Hepatike</i>	<i>Pacientët paraqiten me çrregullime të gjumit dhe / ose me simptoma neurologjike të tilla si bradikinesia, asterixis ose simptomat fokale neurologjike.</i>	<i>Testet jo normale të funksionit hepatic. Anomali elektrolitike (p.sh., hyponatremia). Nivelet e larta të amoniakut.</i>
<i>Encefalit</i>	<i>Pacientët zakonisht kanë të pranishme anomali të parenkimës cerebrale, të cilat mund të përfshijnë, por nuk kufizohen në hemiparesis,</i>	<i>Punksioni lumbar, kulturat e gjakut dhe CBC vlerësojnë leukocitozën ose leukopeninë; Panel elektrolit për të vlerësuar anomali elektrolitike të tilla si</i>

	<i>deficitet motorike dhe konfuzion / disorientim.</i>	<i>hyponatremia; Reaksioni zinxhir polimeraz dhe testimi serologjik mund të kryhen në bazë të patogjenëve të dyshuar.</i>
<i>Meningitis</i>	<i>Ethet, rigiditeti nukal dhe ndryshime në statusin mental janë tipare të përbashkëta, edhe pse jo të gjithë pacientët e demostrojnë këtë triadë. Karakteristika të tjera përfshijnë, por nuk kufizohen në fotofobi, egzantema, ose shënja paralize të nervave kraniale.</i>	<i>Punksioni lumbar, kulturat e gjakut dhe CBC për të vlerësuar leukocitozën ose leukopeninë; Paneli elektrolit për të vlerësuar për anomali të elektroliteve të tilla si hyponatremia.</i>
<i>Hipoglicemia</i>	<i>Simptomat përfshijnë, por nuk kufizohen në dridhje, ankth, palpitacion dhe simptoma neuroglycopenice të tilla si përgjumje, konvulsione dhe humbja e vetëdijes.</i>	<i>Simptomat zakonisht ndodhin kur niveli i glukozës në gjak bie <55 mg / dL dhe mosfunksionimi kognjitiv mund të shihet tek subjektet normale në nivel <50 mg / dL.</i>
<i>Encephalopatia Wernicke</i>	<i>Karakteristikat klinike të mundshme janë konfuzioni, ataksia dhe oftalmoplegia.</i>	<i>Kjo është një diagnozë klinike. Nuk ka teste që janë të disponueshme në shërbimet e urgjencës. Kontrolli rutinë për delirim akut duhet të kryhet për të përjashtuar shkaqet e tjera. CT ose MRI e trurit mund të ndihmojnë për të përjashtuar shkaqet e tjera dhe të shfaqin leziona strukturore në regjionin e trurit të mesëm dhe atij povertrikular. Një shërbim urgjent nuk duhet të përdoret imazhet diagnostike për të përcaktuar diagnozën e Encefalopatisë Wernicke.</i>
<i>Tërheqja nga Benzodiazepinat</i>	<i>Simptomat janë të qarta dhe varen nga gjysmë jeta e benzos. Fillimi mund të ndryshojë nga 2 ditë në 1 javë. Simptomat përfshijnë atake paniku, tremor, halucinacione, deluzione, konvulsione dhe hipotermi.</i>	<i>Kjo është një diagnozë klinike.</i>

<i>Tërheqja nga Opioidet</i>	<i>Simptomat ndryshojnë nga ethshmëria e butë deri te krampnet abdominale, hiperaktiviteti autonom, rinorrhëa, nauze, vjellje dhe diarre.</i>	<i>Kjo është një diagnozë klinike.</i>
<i>Helmimi Antikolinergjik</i>	<i>Gëlltitja e xenobiotikut me veti antikolinergjike. Simptomat përfshijnë mydriasis, takikardi, skuqje lëkure, retension urinar, lëkurën e thatë, halucinacione / delirium.</i>	<i>Kjo është një diagnozë klinike.</i>
<i>Tirotoksikozë</i>	<i>Është më e zakonshme tek femrat në moshën adulte të hershme dhe karakterizohet nga intoleranca ndaj nxehtësisë, dobësi muskulare dhe proptosis (ekzoftalmia) që ndihmon në dallimin nga sëmundjet e tjera. Nervoziteti, hipermotiliteti gastrointestinal, rënia e flokëve dhe manifestimet kardiovaskulare janë të zakonshme.</i>	<i>Nivelet e ulta të hormoneve stimuluese tiroide dhe rritja e T3 dhe T4 në sëmundjen Graves dhe rritja e T3 në tirtoksikozën tiroide. Një ekzaminim jodin radioaktiv është i dobishëm në identifikimin e afeksionit tiroidik.</i>
<i>Trauma Kraniale</i>	<i>Raportimi i vet pacientit ose i dëshmitarit të traumës kraniale; humbja e vetëdijes, amnezi dhe shenja të dukshme të traumës. Ajo mund të ndodhë edhe në shërbimin e intoksikimit alkoolik.</i>	<i>Skanimi CT i kokës mund të jetë diagnostikues.</i>
<i>Çrregullime Somatike</i>	<i>Simptoma somatike në një pacient pa gjetje mjekësore (p.sh., pseudokonvulsione). Zakonisht shoqërohet me ankth ose çrregullime emocionale.</i>	<i>Nuk ka teste diagnostikuese për dallimin e këtyre kushteve.</i>

Një ndër veprimet e para është gjithashtu vlerësimi i problemeve të përbashkëta shëndetësore që lidhen me alkoolin. Këto komplikime përfshijnë gastrit, hemoragji gastrointestinale, sëmundje hepatike, kardiomiopati, pankreatit, dëmtime neurologjike, disbalanca elektrolitike dhe karencë nutritive.

Duhet të kryhet një ekzaminim fizik për të vlerësuar për aritmitë, insuficiencë kardiake kongjitive, sëmundje hepatike ose pankreatike, kushtet infektive, hemoragji dhe dëmtime të sistemit nervor.

Duhet të vlerësohen gjithashtu niveli fillestar i alkoolit në gjak dhe prania e drogës në urinë, pasi nivelet e larta të alkoolit dhe abuzimi i substancave të tjera rrezikojnë dukshëm pacientin për komplikacione.

Konstatimi i çrregullimeve të paqëndrueshme të humorit - delirium, psikozë, depresion të rëndë, idetë suicidale dhe homicidale - megjithëse potencialisht është vështirë për t'u vlerësuar gjatë intoksikacionit, duhet të konsiderohen dhe të përjashtohen.

Stabilizim i pacientit

Pas vlerësimit fillestar, treguesit vitalë (p.sh., frekuenca kardiake, presioni i gjakut dhe temperatura) duhet të stabilizohen, ndërsa likidet, elektrolitet dhe çrregullimet ushqyese të korrigjohen. Pacientët në gjendje më të agravuar kërkojnë likide intravenoze për të korrigjuar dehidratimin e rëndë që rezultojnë nga të vjellat, diarrea, djersitja dhe ethet.

Testet laboratorike dhe ekzaminimet imazherike

Nuk ka asnjë rol specifik për analizat laboratorike ose studimet e imazhit në diagnozën e STA-së. Duhet të merren testet bazë laboratorike, siç janë gjak, elektrolite, testet e heparit (p.sh., aspartat aminotransferazë dhe alanin aminotransferazë) dhe nivelet e glukozës për të përjashtuar infeksionet, hipoglikeminë dhe anomalitë elektrolitike që lidhen me përdorimin e alkoolit. Kontrollimet imazherike si CXR dhe CT të trurit mund të merren për të përjashtuar përkatësisht patologjitë ekardiopulmonare dhe intrakraniale, që mund të imitojnë tërheqjen e alkoolit.

Në tabelën vijuese japim më të detajuar këto aspekte:

TESTET DIAGNOSTIKE TË STA-së	
Testet	Rezultatet
<i>Nivelet e alkoolit / drogës në gjak:</i>	<i>Niveli i alkoolit mund të rritet dukshëm ose jo, varësisht nga sasia e konsumuar, koha mes</i>

	<i>konsumit dhe testimit dhe shkalla e tolerancës, e cila ndryshon shumë. Në mungesë të tolerancës së rritur të alkoolit, nivelet e gjakut që tejkalojnë 100 mg / dL janë të lidhura me ataksi; në 200 mg / dL pacienti është i përgjumur dhe konfuz; depresioni i frymëmarrjes ndodh me nivelet e gjakut prej 400 mg / dL dhe vdekja është e mundur. Përveç alkoolit, substanca të tjera mund të identifikohen në një poly-drug analizë, p.sh., amfetaminë, kokainë, heroinë, etj.</i>
CBC:	<i>Ulja e Hb / Hct mund të reflektojë probleme të tilla si anemi feriprive ose hemorragji akute/kronike GI. Numri i WBC mund të rritet në infeksione ose zvogëlohet nëse imunosupresohet.</i>
Glicemi /Ketone:	<i>Hiperglicemia/hipoglikemia mund të jetë e pranishme, e lidhur me pankreatitin, kequshqyerjen ose shterim i rezervave të glikogjenit të mëlçisë. Ketoacidoza mund të jetë e pranishme me/pa acidozë metabolike.</i>
Elektrolitet:	<i>Hipokalemia dhe hypomagnesemia janë të zakonshme.</i>
Testet e funksioneve hepatike:	<i>LDH, AST, ALT dhe amilaza mund të rriten, duke reflektuar dëmtime hepatike ose pankreatike.</i>
Testet nutritive:	<i>Albumina është e ulët dhe proteina totale mund të jetë e ulët. Zakonisht mungesat vitaminike janë të pranishme, duke reflektuar malnutricion/malabsorbim.</i>
Ekzaminime të tjera (p.sh., hepatiti, HIV, TB):	<i>Varet nga gjendja e përgjithshme, faktorët individualë të rrezikut dhe statusi i shërbimit.</i>
Urinalysis:	<i>Mund të identifikohet Infeksion i mundshëm. Mund të jenë të pranishme ketone të lidhura me shpërbërjen e acideve yndyrore në malnutricion (gjendja pseudodiabetike).</i>
X-ray torakal:	<i>Mund të zbulojë pneumoni të lobit inferior dexter (kequshqyerja, sistemi imun i depresuar, aspirim).</i>

ECG:	<i>Aritmia, kaardiomiopati dhe/ose ischemia mund të jenë të pranishme për shkak të efektit të drejtpërdrejtë të alkoolit në miokard dhe/ose sistemit përçues, si edhe efektet e çekuilibrit elektrolitik.</i>
-------------	--

Përcaktimi i ashpërsisë së tërheqjes alkoolike

Parashikimi i ashpërsisë së tërheqjes alkoolike tek një pacient kërkon të vlerësohen:

- **Modeli aktual i alkool-pirjes:**

Nuk ka definicione të nivelit minimal të konsumit të alkoolit, i mjaftueshëm për të prodhuar varësinë fizike. Edhe pse ashpërsia e tërheqjes përcaktohet kryesisht nga sasitë e alkoolit të konsumuar, kriteri sasior nuk është gjithnjë i vetëm dhe i mjaftueshëm.

Janë konsumuesit e rëndë të alkoolit (për shembull, konsumues të rreth 150 gr alkool⁶ në ditë) ata që shpesh përjetojnë tërheqje më të komplikuar se konsumuesit më të moderuar, por ndodh që edhe konsumuesit e sasive ditore më të ulta (për shembull, 80-100 gr në ditë) mund të përjetojnë tërheqje të rëndë të komplikuar.

Një parashikuese e rritjes së ashpërsisë së tërheqjes alkoolike është shfaqja e simptomave të tërheqjes (të tilla si tremor, nauze, ankth) pas pirjes së ëmë në mënyrë të rregullt.

Konsumuesit e rëndë por jo të rregullt të alkoolit (për shembull, 2 deri në 3 ditë në javë), përfshirë këtu edhe pirësit “binge”, në përgjithësi nuk përjetojnë tërheqje të rëndë.

- **Përvoja e tërheqjeve paraprirëse:**

Pacientët me një histori të sindromit të tërheqjes alkoolike të rëndë (me simptomatikë të tillë si ankth i shprehur, konvulsione, delirium dhe halucinacione) kanë më shumë gjasa të përjetojnë komplikime të tilla në episodet e mundëshme të ardhme të tërheqjes.

- **Përdorimi i njëkohshëm i substancave të tjera:**

Pacientët me përdorim të rëndë ose të rregullt të substancave të tjera (të tilla si benzodiazepine, stimulantë, opiatë) mund të përjetojnë simptoma më të rënda të tërheqjes. Në veçanti, tërheqja nga alkooli dhe benzodiazepinat njëkohësisht mund të rrisin rrezikun për komplikime të tërheqjes.

⁶ Një njësi alkool është 10ml (1cl) sipas volumit ose 8gr sipas peshës së alkoolit puro.

- **Bashkës ëmundshm ëria:**

Pacient ë me s ëmundje shoq ëruese organike (t ëtilla si sepsis, epilepsi, s ëmundje t ër ënda hepatiche, d ëntime kraniale, q regullime nutritive, etj.) ose psihike (t ëtilla si psikoza, ankthi ose depresioni) kan ë m ë shum ë gjasa t ë p ërjetojn ë komplikime t ë r ënda t ë t ërheqjes.

Objektivat e Sh ërbimeve Trajtuese t ëT ërheqjes Alkoolike

T ërheqja alkoolike mund t ë jet ë e paramenduar (individi paraqitet vullnetarisht p ër trajtim) ose e paplanifikuar pas nd ërprerjes s ë pad ëshiruar t ë p ërdorimit t ë alkoolit (p.sh., shtrim n ë spital ose burgim). T ërheqja e paplanifikuar ka tendenc ë t ë jet ë m ë e r ënd ë Trajtimi i t ërheqjes nuk duhet par ësi nj ënd ërhyrje e shk ëputur, por si nj ëhap tranzitor n ërrug ën e gjat ë drejt abstinenc ë s ë q ëndrueshme, i cili n ë vazhdim duhet t ë vijoj ë me mjekim mbajt ës, kombinuar me psikoterapi dhe terapi sjellore. *Mjaftimi vet ën me trajtimin e sindromit t ë t ërheqjes p ërgjith ësisht rezulton i paefektsh ën n ë ruajtjen e abstinenc ë.*

Objektivat kryesor ët ësh ërbimeve trajtuese t ët ërheqjes jan ë

- *P ër t ënd ërprer ënj ëmodel t ëp ërdorimit t ër ënd ëdhe t ërregullt t ëalkoolit:*
Nd ërsa shum ë alkoolist ë kan ë q ëllim afatgjat ë t ë abstinenc ë s ë q ëndrueshme, disa t ë tjer ëk ërkojn ëvet ën nd ërprerje t ëp ërkoh ëshme.
- *P ër t ëleht ësuar simptomat e t ërheqjes:*
Pra, ësh t ëleht ësimi i simptomav ë munduese t ët ërheqjes, arsyeja kryesore e paraqitjes p ër trajtim.
- *P ër t ëparandaluar komplikacionet e r ënda t ët ërheqjes:*
Menaxhimi i t ërheqjes alkoolike ka p ër q ëllim p ër t ëparandaluar ose p ër t ëmenaxhuar komplikime potencialisht t ë rrezikshme p ër jet ën, t ëtilla si konvulsione, delirium dhe Encefalopatia Wernicke. P ër m ëtep ër, t ërheqja e alkoolit mund t ë komplikoj ë s ëmundjet shoq ëruese fizike apo psihike.
- *P ër t ëleht ësuar trajtimin vijues ndaj var ësis ëalkoolike:*
Trajtimi i t ërheqjes ësh t ë tranzitor. Rezultatet e tij jan ë t ë p ërkoh ëshme, prandaj pas trajtimit t ë sindromit t ët ërheqjes pacienti p ërgjith ësisht duhet t 'u n ënshtrohet programeve rehabilituese, ku p ërfshihen farmakoterapia mbajt ëse, psikoterapia dhe terapia konjutive-sjellore, etj.
- *P ër t ëmarr ëndihm ëp ër problemet e tjera q ëalkoolist ë ndeshin zakonisht:*
Gjat ë trajtimit pacient ë mund t ë p ërfitojn ë nga vendosja e lidhjeve me sh ërbimet e kujdesit par ësor ose t ëspecializuar apo me sh ërbimet mb ësh t ëse (p ër strehim, pun ësim, etj.).

Zgjedhja e Trajtimit

Karakteristikat e mjediseve të ndryshme trajtuese

a. Trajtimi ambulator i tërheqjes

Ai mund të kryet në shtëpinë e pacientit ose në strehime sociale mbështetëse. Gjithashtu trajtimi mund të kryhet edhe në shërbimet ambulatorie shtëpi-bazuara.

Kriteret:

- Jo kundër-indikacione mjekësore (një histori të komplikimeve të rënda të tërheqjes) ose komorbiditet të rëndësishëm fizik apo psikik.
- Mjedis të sigurt pa alkool.
- Mbështetje nga njerëz të besueshëm që mund të monitorojnë rregullisht (të paktën çdo ditë gjatë 3 apo 4 ditëve të para) dhe të mbështesin pacientin.
- Monitorim i rregullt nga një operator shëndetësor i aftë (infirmier apo mjek adiksionist).
- Këqyrje ditore (direkte apo telefonike) për 3 ose 4 ditë.
- Farmakoterapia duhet të mbikëqyret nga afër.
- Pacientët duhet të kenë qasje për mbështetje telefonike ndaj “krizës” në 24-orë.
- Trajtimi ambulator i tërheqjes alkoolike ka avantazhin se nuk kërkon “lista pritjeje”.
- Megjithatë ajo kërkon planifikim dhe mobilizim të shërbimeve të nevojshme.
- Në përgjithësi trajtimi ambulator i tërheqjes ka kosto më të ulët se ai rezidencial, por pacientët që trajtohen ambulatorisht, për të ruajtur abstinencën duhet të sigurojnë mjetet e duhura trajtuese në shtëpi.

b. Trajtimi rezidencial

Njësitë rezidenciale ekzistojnë kryesisht në qendrat urbane dhe pak në ato rajonale. Ato tipikisht :

- Sigurojnë një sërë shërbimesh të specializuara mjekësore dhe mbështetëse për menaxhimin e tërheqjes dhe shpesh angazhohen edhe në trajtimin post-tërheqje alkoolike.

- Pranojn ëpër 7 deri në 10 ditë
- Janë për individë me tërheqje të moderuar dhe të rëndë të alkoolit ose me një histori tërheqesh me komplikime (konvulsione, delirium, halucinacione), tërheqje nga disa droga, mjedis i papërshtatshëm banimi për të suportuar tërheqje ambulatorë ose për ata që në mënyrë të përsëritur kanë dështuar në tërheqjen ambulatorë.
- Janë të paafta për të trajtuar pacientë me bashkëmundshmëri të rëndësishme psikofizike, të cilat kërkojnë detyrimisht trajtim spitalor.
- Shpesh kanë lista pritjeje për pranim.
- Kanë shkallë më të lartë të qëndrimit në program sesa në tërheqjen ambulatorë.

c. Trajtimi spitalor

- Pranimet nga shërbimet specifike e të përgjithshme spitalore janë të nevojshme për individë me probleme të rëndësishme fizike (si delirium) ose psihike (të tilla si psikozë, rrezik suicidi....) ose kur diagnoza nuk është e qartë (p.sh., konvulsionet që kërkojnë investigim).
- Gjithashtu shumë pacientë alkoolikë të shtruar për probleme të ndryshme mjekësore apo kirurgjikale do të përjetojnë sindrom të tërheqjes së paplanifikuar dhe në shumë raste tërheqje të rëndë.

Përzgjedhja dhe zgjedhja e shërbimeve trajtuese të tërheqjes

Përzgjedhja dhe zgjedhja e shërbimit trajtues të tërheqjes kërkojnë një vlerësim të plotë klinik dhe diskutim me pacientin (apo tutorët e tij) për avantazhet dhe disavantazhet e secilës qasje. Faktorët që merren parasysh në përcaktimin e shërbimit adiktologjik më të përshtatshëm janë

- Graviteti i tërheqjes alkoolike dhe pranija apo jo e komplikimeve të rënda të tërheqjes (konvulsione, delirium, halucinacione).
- Përdorimi i substancave të tjera: personat që raportojnë përdorim të ndjeshëm të drogave të tjera (si opiatë stimulantë, benzodiazepina, etj.), mund të jenë në rrezik për komplikime të tërheqjes dhe që në përgjithësi kërkon monitorim të afërt dhe mbikqyrje.
- Bashkëmundshmëria me sëmundje fizike apo psihike.
- Rrethanat sociale, disponueshmëria e një mjedisi të sigurt dhe mbështetje familjare.

- Rezultati i trajtimeve paraprirëse të tërheqjes: dështimet e përsëritura të trajtimit ambulator mund të tregojnë nevojën e trajtimit rezidencial/spitalor.
- Preferenca e pacientit dhe disponueshmëria e burimeve.

Kritere të pranimit për shërbime të ndryshme ndaj tërheqjes alkoolike⁷			
Shërbimi	Ambulator	Qendër Rezidenciale	Qendër Spitalore
Graviteti i parashikuar i tërheqjes	I lehtë–i moderuar	I moderuar–i rëndë	I moderuar–i rëndë
Gjasa për komplikacione të rënda të tërheqjes	Jo	Komplikacione të tërheqjes (konvulsione, halucinacione)	Komplikacione të tërheqjes (delirium, konvulsione me shkaqe të pasqaruara)
Bashkësimundshmëri fizike dhe psikike	Bashkësimundshmëri minore	Bashkësimundshmëri minore	Bashkësimundshmëri e rëndësishme
Përdorim substancash të tjera	Përdorim jo i rëndë droge	Përdorim i rëndë apo jo i qëndrueshëm i drogave të tjera	-
Mjedisi social	Abstinencë alkoolike në shtëpi, monitorim ditor nga persona/operatorë mbështetës të besueshëm, qasje e mirë në sistemin e kujdesit shëndetësor	Mjedisi shtëpie jo mbështetës	-

⁷Pacientët në listat e pritjes për njësitë e tërheqjes rezidenciale gjatë kohës së pritjes mund të kenë nevojë për mbështetje për të ruajtur motivimin dhe shmangien e aktiviteteve me risk të lartë.

Nuk rekomandohet që benzodiazepinat të përdoren në një epërpjekje për të lehtësuar simptomat e tërheqjes para pranimit, pasi kjo mund të rrisë rrezikun e ngjarjeve të padëshirueshme nga kombinimi i alkoolit dhe benzodiazepineve.

Përpjekje paraprirëse	~	Dështime të përsëritura të trajtimit ambulator të tërheqjes	~
-----------------------	---	---	---

Monitorimi gjat ët tërheqjes alkoolike

Pacientë në tërheqjen alkoolike ose që konsiderohen në rrezik të tërheqjes alkoolike, duhet të monitorohen rregullisht për:

- *Shenja fizike* - Kjo përfshin nivelin e hidratimit, ritmin e pulsit, presionin e gjakut, temperaturën dhe nivelin e koshiencës.
- *Ashpërsinë e tërheqjes alkoolike* - Është i dobishëm përdorimi i një shkalle vlerësimi të tërheqjes për të gjykuar për gravitetin e tërheqjes (shiko më poshtë), trajtimin e duhur (shtjelluar në kapitullin përkatës).
- *Ecurinë e përgjithshme gjatë episodit të tërheqjes* - Shkalla e motivimit për vijimin e terapisë, përdorimi i mundshëm i alkoolit dhe drogave të tjera gjatë tërheqjes ambulatore (mund të nevojiten leximet breathalyser dhe /ose urinë-analizat për drogë).

V. PËRCAKTIMI I GRAVITETIT TË STA-së

Graviteti i ulët:

- Pacientë me rrezik të lartë por me përdorim jo të vazhdueshëm të alkoolit dhe /ose varësi të nivelit të ulët;
- Pa simptoma recente të tërheqjes së fundit dhe pa alkool-pirje recente për të parandaluar simptomat e tërheqjes;
- Alkool-pirje Binge /alkool-pirje periodike, periudha e fundit e të cilëve ishte <1 javë;
- Nuk ka alkool në testin e frymëmarrjes dhe nuk ka shenja /simptoma të rëndësishme të tërheqjes (CIWA <8);
- Konsumi tipik <15u / ditë

- Model pirje vet ën 3-4 dit ë / jav ë
- Ata me detoksifikim alkoolik t ëfundit mbi 10 muaj;
- AUDIT <15;
- SADQ <15.

Gravitet i mes ëm:

- Model i konsumit t ë vazhduesh ën t ë alkoolit;
- Konsumim 15 - 30 u/dit ë
- Pirje p ër leht ësimin e simptomave t ët ërheqjes;
- Evidenc ët ërheqje alkoolike t ër ënd ëshishme;
- Nuk ka evidenca apo histori t ët ërheqjeve t ë komplikuara (konvulsione / DT);
- 15 - 30 SADQ.

Gravitet t ë lart ë

- Konsumim aktual i lart ëi alkoolit (> 30 nj ësi /dit ë) p ër t ëpakt ën 5 dit ë radhazi;
- Historia e t ërheqjes s ër ënd ë DT ose konvulsione t ët ërheqjes;
- Shenjat q ë sugjerojn ë Encefalopatin ë Wernicke;
- Terapi t ë ngarkuar gjat ë detoxifikimeve paraardh ëse;
- Polidipendenc ë (ve çan ërisht e benzodiazepinave);
- Nivel i lart ë axhitimi/konfuzioni;
- Pikaverazh i lart ë nga vler ësimi i shenjave fiziologjike;
- Evidenc ë halucinacionesh vizive ose auditive;
- Hyperpyrexia ose djersitje profuze;
- Simptoma/shenja sinjifikante t ët ërheqjes n ë nivelin e alkoolit n ë gjak > 100mg / 100ml;
- Pik ë SADQ > 30.

Vler ësimi i ashp ërsis ës ët ërheqjes duke p ërdorur shkall ën CIWA-Ar:

Shkalla CIWA-Ar (Shkalla e Vler ëimit Klinik t ë T ërheqjes Alkoolike, e rishikuar) ësh t ë nj ë udh ëzues p ër matjen e ashp ërsis ës ë simptomave t ët ërheqjes s ë alkoolit dhe nga ana tjet ër jep gjithashtu udh ëzime p ër sasin ë e nevojshme t ë benzodiazepin ës. Vler ësimi zgjat m ë pak se 5

minuta. Nuk është gjithmonë e nevojshme t'i kërkoen pacientit të 10 pyetjet, pasi sipas rastit observimet shpesh mund të jenë të mjaftueshme për të vlerësuar simptomat. Rezultati maksimal është 67.

- Vlerësoni pacientin dhe vlerësoni secilin prej 10 kriterëve.
- Shtoni rezultatin për secilin kriter për të dhënë rezultatin total CIWA-Ar të pacientit
 - 0 - 7: mungesë ose tërheqje minimale;
 - 8 - 15: tërheqje e moderuar;
 - mbi 15: tërheqje e rëndë
- Konsideroni rezultatin në kontekstin e kohës, që nga pirja e fundit dhe nivelit të etanolit në gjak.
- Puls, presioni arterial dhe temperatura janë gjithashtu tregues të dobishëm të ashpërsisë së tërheqjes.

Në vijim paraqitet formulari standard CIWA-Ar:

Formulari skematik i Shkallës CIWA-Ar	
Pacienti: _____ Data: _____ Koha: _____ (24 orë, mesnata=00:00)	
Frekuenca kardiake: _____ Presioni i gjakut: _____	
<u>Nauze dhe të vjella:</u> Pyet "Keni të përziera? Keni vjellur?" (Inspeksion) 0 pikë - pa nauze, pa vomitus	<u>Çrregullime taktile:</u> Pyet "Keni kuarje apo ndjeni shpime, pickime, djegie të lëkurës, si edhe mpirje?" (Inspeksion) 0 pikë - jo

Punoi: Sokol Morina (Mjek Anestezist-Reanimator & Ekspert në Adiktologji)

<p>1 pikë - nauze e lehtë pa të vjella</p> <p>2 pikë - (pak më të shprehura)</p> <p>3 pikë - (pak më të shprehura)</p> <p>4 pikë - nauze intermitente me retroperistaltikë</p> <p>5 pikë - (pak më të shprehura)</p> <p>6 pikë - (pak më të shprehura)</p> <p>7 pikë - nauze konstante, retroperistaltikë frekvente, vomitus</p>	<p>1 pikë - shumë të lehta</p> <p>2 pikë - të lehta</p> <p>3 pikë - të moderuara</p> <p>4 pikë - halucinacione të moderuara</p> <p>5 pikë - halucinacione të rënda</p> <p>6 pikë - halucinacione ekstremisht të rënda</p> <p>7 pikë - halucinacione të vazhdueshme</p>
<p><u>Tremor:</u></p> <p>Krahët dhe gishtërinjtë e hapur. (Inspeksion)</p> <p>0 pikë - pa tremor</p> <p>1 pikë - jo i dukshëm, por mund të ndjehet në kontakt të majave të gishtave</p> <p>2 pikë - (pak më i shprehur)</p> <p>3 pikë - (pak më i shprehur)</p> <p>4 pikë - i moderuar, me krahët e hapur</p> <p>5 pikë - (pak më i shprehur)</p> <p>6 pikë - (pak më i shprehur)</p> <p>5 pikë - të shprehura, edhe me krahë jo të hapur</p>	<p><u>Çrregullime auditive:</u></p> <p>Pyet “Jeni koshient për zhurmat rreth jush? A janë ato të ashpra? A ju frikësojnë ato? Jeni duke dëgjuar diçka shqetësuese? Jeni duke dëgjuar gjëra të cilat e dini që nuk janë atje?” (Observim)</p> <p>0 pikë - jo prezente</p> <p>1 pikë - shumë të lehta, që i shkaktojnë frikë</p> <p>2 pikë - të lehta, që i shkaktojnë frikë</p> <p>3 pikë - me ashpërsi të moderuar, që i shkaktojnë frikë</p> <p>4 pikë - halucinacione të moderuara</p> <p>5 pikë - halucinacione të rënda</p> <p>6 pikë - halucinacione ekstremisht të rënda</p> <p>7 pikë - halucinacione të vazhdueshme</p>
<p><u>Djersitje paroksizmale</u> (Inspeksion)</p> <p>0 pikë - pa djersitje të dukshme</p> <p>1 pikë - djersitje pak e dukshme, me palma të</p>	<p><u>Çrregullime vizive:</u></p> <p>Pyetet: “Ju duket ndriçimi shumë i fortë? Ju shqetëson drita? Shikoni gjëra shqetësuese? Shikoni gjëra të cilat e dini që nuk janë atje?”</p>

<p>lagështa</p> <p>2 pikë - (pak më e shprehur)</p> <p>3 pikë - (pak më e shprehur)</p> <p>4 pikë - djersitje e dukshme e ballit</p> <p>5 pikë - (pak më e shprehur)</p> <p>6 pikë - (pak më e shprehur)</p> <p>7 pikë - djersitje e tepruar</p>	<p>0 pikë -jo ndjeshmëri</p> <p>1 pikë - ndjeshmëri shumë e lehtë</p> <p>2 pikë - ndjeshmëri e lehtë</p> <p>3 pikë - ndjeshmëri e moderuar</p> <p>4 pikë -halucinacione të moderuara</p> <p>5 pikë -halucinacione të rënda</p> <p>6 pikë - halucinacione ekstremisht të rënda</p> <p>7 pikë - halucinacione të vazhdueshme</p>
<p><u>Ankth:</u></p> <p>Pyetet: “Ndiheni nervoz?” (Inspeksion)</p> <p>0 pikë - pa ankth, i qetë</p> <p>1 pikë - ankth i lehtë</p> <p>2 pikë - (pak më i shprehur)</p> <p>3 pikë - (pak më i shprehur)</p> <p>4 pikë - ankth i moderuar</p> <p>5 pikë - (pak më i shprehur)</p> <p>6 pikë - (pak më i shprehur)</p> <p>7 pikë - njëlloj si në gjendjen e panikut akut, vënë re në deliriumin e rëndë ose në reaksionet akute të skizofrenisë</p>	<p><u>Cefale, rëndim i kokës:</u></p> <p>Pyetet: “A e ndjeni kokën ndryshe? Ndjeni shtrëngim të saj”</p> <p>0 pikë - jo prezente</p> <p>1 pikë - shumë e lehtë</p> <p>2 pikë - e lehtë</p> <p>3 pikë - e moderuar</p> <p>4 pikë - mesatarisht e fortë</p> <p>5 pikë - e fortë</p> <p>6 pikë - shumë e fortë</p> <p>7 pikë - ekstremisht e fortë</p>
<p><u>Axhitim:</u></p> <p>(Inspeksion)</p> <p>0 pikë - aktivitet normal</p> <p>1 pikë - diçka më shumë se aktiviteti normal</p> <p>2 pikë - (pak më i shprehur)</p>	<p><u>Çrregullime të orientimit dhe ndjeshmërisë:</u></p> <p>- Pyetet: “Çfarë dite jemi? Cili jam unë?”</p> <p>0 pikë - i orientuar dhe me mundësi bisede shtesë</p> <p>1 pikë - i pasigurt për datën ose i pamundur</p>

<p>3 pikë - (pak më i shprehur)</p> <p>4 pikë - shqetësim dhe nervozitet i moderuar</p> <p>5 pikë - (pak më i shprehur)</p> <p>6 pikë - (pak më i shprehur)</p> <p>7 pikë - ecën lartë e poshtë gjatë intervistës, duke "luftuar me veten"</p>	<p>për bisedë shtesë</p> <p>2 pikë - i paorientuar rreth datës për jo më shumë se dy ditë kalendarike</p> <p>3 pikë - i paorientuar rreth datës për më shumë se dy ditë kalendarike</p> <p>4 pikë - i paorientuar në hapësirë/ose si person</p> <p>Pikaverazhi total i CIWA-Ar _____</p> <p>Inicialet e vlerësuesit _____</p> <p><i>Pikaverazhi maksimal i mundshëm:</i></p> <p>67 pikë</p>
<p><i>Pacientët vlerësuar me jo më shumë se 8 pikë, nuk kanë nevojë për mjekim.</i></p>	

VI. KUJDESI MBËSHTETËS

Kujdesi mbështetës duhet të përfshijë

- **Ofrimin e informacionit të mjaftueshëm për pacientin (dhe kujdestarët);**

- Nj ëmjedis dhe mb ëstetje q ëfavorizon sh ërimin;
- K ëshillim mb ëstet ë;
- P ërballje me “ethshmërinë”
- Diet ët ëp ërshtatshme, suplemente dhe rehidratim;
- Inkurajim p ër t ëzhvilluar shprehit ëe duhura t ëgjumit dhe t ërelaksimit dhe
- leht ësim p ër lidhje dhe aksesim n ësh ërbimet e tjera.

Shtjellim:

1. Informimi i pacientit

Pacient ë (dhe kujdestar ë) n ëp ërgjith ësi p ërfitojn ënga informacione p ër:

- natyr ën e mundshme, ashp ërsin ëdhe koh ëzgjatjen e simptomeve gjat ët ërheqjes;
- strategjit ëp ër p ërballimin e simptomave t ët ërheqjes dhe ethshm ëris ë
- strategjit ëp ër minimizimin e situatave me rrezik t ëlart ë
- rolin e mjekimit.

Pacient ë shpesh kan ë p ërqendrim t ë kufizuar gjat ë t ërheqjes, rrjedhimisht klinikistit mund ti duhet t ëp ërs ëris ë informacionin n ëm ënyr ëq ëai t ëkuptohet plot ësisht nga pacienti.

2. Mjedisi dhe mb ëstetja

Pacient ëve q ëtentojn ëp ër t ërheqje alkoolike duhet t ’u sigurohet nj ë mjedis i qet ë jo stimulues dhe jo k ërc ënues dhe ku alkooli e droga t ëtjera t ëjen ëv ëstir ësisht t ëdisponueshme.

Nj ë varg strategjish duhet t ë p ërdoren p ër uljen e ankthit, ve çan ërisht p ër ata q ë p ërjetojn ë delirium ose halucinacione t ët ërheqjes. Strategji t ëtilla duhet t ëp ërfshijn ë

- Sigurimin e nj ëqasjeje p ërkushtuese;
- Shpjegimin qart ëpacientit t ët ëgjitha nd ërhyrjeve;
- Komunikim verbal me pacientin, ngadal ë qart ëdhe n ënj ëm ënyr ëmiq ësore e dashamir ëse;
- Shikimin me sy kur flet me t ë
- Shmangien e konfrontimeve apo argumentimeve me pacientin;

- Testimin e përsëritur të orientimit realitet-bazuar të pacientit dhe, nëse është e nevojshme, rinjohjen e pacientit me mjedisin;
- Sqarimin e pacientit se natyra jo reale e iluzioneve dhe halucinacioneve mund të shkaktojë ankth dhe ka të ngjarë të jetë pjesë e sindromit të tërheqjes alkoolike;
- Vendosjen e një abazhuri në dhomën e pacientit për të zvogëluar gjatësinë e përjetimit nga ai i perceptimeve të deformuara dhe rëndimit të ankthit dhe fenomeneve psikotike gjatë natës.

3. Këshillim mbështetës

Këshillimi gjatë episodit të tërheqjes duhet të synojë në mënyrë specifike në mbështetjen e pacientit gjatë përjetimit të simptomave të tërheqjes (këtu do të veçohim ethshmërinë), duke ruajtur motivimin, si edhe duke lehtësuar ndërhyrjet e nevojshme pas tërheqjes.

Shumë pacientë me tërheqje ambulatorë kur operatorët shëndetësorë janë të padisponueshëm, mund të përfitojnë nga linjat telefonike jeshile 24-orëshe për të kërkuar ndihmë.

4. Përballja me “ethshmërinë”

Për shumë persona që luftojnë me varësinë nga alkooli, abstenenca është një ndërmarrje pa dyshim e vështirë. Gjatë ditëve të para, javëve dhe shpesh muajve të abstenencës, ethshmëria për alkool mund të jetë me të vërtetë mbizotëruese dhe shpesh është shumë e vështirë për t'u përballur. Shpesh individit i alkoolizuar nuk ka ndonjë linjë mbrojtjeje kur goditet nga ethshmëria dhe i drejtohet përsëri pijes duke relapsuar. Megjithatë, individët e alkoolizuar mund ta thyejnë këto cikla viciozë duke shfrytëzuar disa aftësi përballuese.

Përballja me “ethshmërinë” është çelësi për të luftuar alkoolizimin. Nëse pacienti arrin të mëposhtë “ethshmërinë” ose të përshtatet në mënyrë që të pakësojë episodet e “ethshmërisë”, këto do tregojnë për një hap të rëndësishëm drejt abstenencës.

Do të veçohim disa situata dhe veprime të rezultuara të efektshme për përballje me “ethshmërinë” alkoolike:

-Fizikisht largoni veten nga situata e krijuar. Kjo mund të zgjidhet edhe vetëm me ndryshimin e mjedisit (shkuarjen në një dhomë tjetër, në banjë ose dalje në ambient të jashtëm).

-Thërrisni dikë menjëherë. Nuk duhet domosdoshmërisht të flisni me të për gjendjen tuaj, por të bisedoni për çështje krejtësisht tjetra, të cilat do t'ju largojnë vëmendjen nga ethshmëria.

-Ndani kohën në pjesë të vogla. Vendosni të qëndroni abstinent edhe për 1, 5 ose 10 minuta të ardhshme. Provoni të përsërisni të njëjtin veprim derisa të çlirohni nga ethshmëria.

-Mundohuni të relaksoni mendimet tuaja duke marrë frymë thellë dhe duke u fokusuar vetëm në frymëmarrjen tuaj.

-Hani diçka të ëmbël. Për shkak se alkooli përmban shumë sheqer, mungesa e sheqerit shpesh mund të nënxisë ëthshmërinë.

-Hani një vakt. Ndonjëherë ëthshmëria mund të engatë rrohet me urinë.

-Për qëndrohuni në diçka tjetër. Tërheqja e vëmendjes suaj duke shikuar TV ose duke lexuar më zë të lartë do t'ju ndihmonte.

-Për të ërsërisni një pohim pozitiv ose një lutje.

-Bëni një listë për/kundër alkool-pirjes dhe krahas tyre listoni efektin e tyre tek ju.

-Përpiquni për të kujtuar pirjen tuaj të fundit. Mendoni për pasojat. Imagjinoni ndikimin të nesërmen, javën e ardhshme dhe muajin e ardhshëm.

5. Dieta, nutricioni dhe rehidratimi

Shumë alkoolistë të rëndë kronikë vuajnë nga deficite nutritive dhe mund të dehidratohen gjatë tërheqjes alkoolike. Pacientët duhet të vlerësohen për dehidratimin dhe për likidet që u nevojiten, si edhe t'u monitorohen rezultatet. Në përgjithësi preferohet marrja e likideve për osmbi 2 litra (deri në 5 litra, në rast se pacienti ka diarre, nauze dhe djersitje profuze).

Pacientët me dehidrim të rëndë dhe/ose ata me disfagi kanë nevojë për kushte spitalore, ku do të trajtohen me perfuzione parenterale për të korrigjuar deficiet hidroelektrolitike në një monitorim të pandërprerë.

Nutricioni i pacientit gjithashtu duhet të monitorohet. Në ditët e para të tërheqjes, për shumë pacientë që provojnë nauze, të vjella dhe/ose diarre, dieta e lehtë në sasi të vogla dhe frekvente në vend të vakteve të mëdha është më e tolerueshme.

Për të ushqyer pacientët të cilët nuk mund të arrijnë një marrje adekuate nga goja të ushqimit, shitesave ushqimore dhe likideve (p.sh., pacientët me disfagi, regegutim.....), përdoret ushqimi përmes tubave enteralë (ETF). Qëllimi është përmirësimi i konsumit ushqimor, duke përmirësuar/ruajtur kështu statusin ushqimor.

ETF-ja afatshkurtër arrihet zakonisht duke përdorur tubat nasogastrikë (NG) ose nasojejunalë (NJ) në një normë fillestare të ushqyerjes së vazhdueshme prej 30 ml në orë.

Nëse ETF-ja është e pasigurt ose nuk ka gjasa të jetë e suksesshme (p.sh. traktati GI i paaksesueshëm, malabsorbim i rëndë humbje të tepërt gastrointestinale), ushqimi parenteral do të ishte terapia e zgjedhjes.

6. Supplement ë vitaminik ë dhe mineral ë

Karenat në komponentë vitaminikë dhe mineralë rrjedhojë e qregullimeve nutritive karakteristike tek abuzuesit alkoolikë, janë një dukuri e rëndësishme që kërkon vëmendje klinike për përcaktimet e duhura terapeutike në trajtimet e qregullimeve shëndetësore alkool-lidhura.

Prandaj është e rëndësishme që abuzuesit e alkoolit në përgjithësi të marrin në forma të ndryshme suplementë vitaminikë dhe mineralë për të kompensuar karencat që alkooli shkakton në këta komponentë. Konkretisht, për sindromin e tërheqjes alkoolike që po trajtojmë në këtë punim, nevojitet një strategji e kujdeshme për plotësimin e këtyre komponentëve karencialë, me qëllim vendosjen e ekuilibrit të nevojshëm nutritiv.

Do të përmendim gjithashtu se gjatë tërheqjes akute të alkoolit, vitaminat dhe kripërat minerale mund të ëndihmojnë në ëuljen e kohës që nevojitet për administrimin e benzodiazepinave.

Vitaminat karente tek abuzuesit alkoolikë

Karenca e vitaminave të grupit B (thiamine, niacine, ac. folik, piridoxine)⁸ tek subjektet alkoolike konsiderohet më thelbësorja ndër karencat vitaminike, për vet faktin e patogenezës serioze që provokon kryesisht në SNQ dhe atë periferik (do të veçonim STA-në dhe sindromin Wernicke-Korsakov).

Thiamine (Vitamina B₁)

Në tërheqjen alkoolike thiamina është vitamina më e rëndësishme ndër vitaminat përgjegjëse. Alkooli është substanca që dukshëm pengon absorbimin e tiaminës. Sikurse lartpërmendëm, sindromi Wernicke-Korsakoff është një formë e demencës permanente alkoolike që shkaktohet nga mungesa kronike e tiaminës.

Praktika klinike dëshmon se përdorimi në doza relativisht të larta i kësaj vitamine redukton ndjeshëm tërheqjet alkoolike.

⁸ Të domosdoshme për funksionin normal të SNQ dhe atij periferik

Suplementet e thiaminës janë të rekomanduara për të gjithë personat që pësojnë tërheqje alkoolike. Tek pacientët që nuk kanë shënja klinike të Encefalopatisë Wernicke ose dëmtim të memorjes, thiamina rekomandohet si një masë profilaktike.

Doza, rruga dhe kohëzgjatja e administrimit të thiaminës varen nga statusi ushqyes i pacientit. Për shembull, pacientëve përgjithësisht të shëndetshëm, me tolerancë të mirë nutritive, mund t'u jepet për os thiamine 300 mg në ditë (100 mg 3 x në ditë), për 3 deri në 5 ditë dhe mbahet në 100 mg thiamine oral edhe për 4-9 ditë në total 1 deri në 2 javë thiaminë për os.

Absorbimi intestinal i thiaminës nga goja është i ngadalshëm dhe mund të jetë jo i plotë tek pacientët me status të dobët ushqyese, kështu:

- Alkool-pirësve kronikë me marrje të dobët të dietës ushqimore dhe gjendjen e përgjithshme të dobët ushqyese, duhet t'u administrohen doza parenterale thiamine. Doza e rekomanduar e thiaminës tek këto subjekte është 300 mg i.m. ose i.v. në ditë për 3 deri në 5 ditë (i.v. jepet e holluar në 50-100 ml sol. fiziologjik, me kohëzgjatje për rreth 30 min.) dhe mbahen me 3x100 mg thiaminën ëditë për os për disa javë
- Alkooli është i lidhur me koagulopati, që mund ta bëjë injeksionin intramuskular të pasigurt.
- *Karbohidratet parenterale mund të shkaktojnë thithjen e shpejtë të thiaminës në indet periferike me rrezik precipitimi në Encefalopati Wernicke.* Prandaj thiamina (për os ose i.m) duhet të jepet para injektimit të karbohidrateve (p.sh., të glukozës intravenoze).
- Plotësimi me thiaminë duhet të jetë i vazhdueshëm tek një alkooldependent, i cili vazhdon të pijë alkool.

Në vijim jepet një paraqitje skematike e deficiencës tiaminike:

Deficiencia Thiaminike

STRES OKSIDATIV

- #Rritje e oksidimit përmes reaksioneve oksidative, hemeoksigenezës dhe oksidit të azotit (NO);
- #Prodhimi i NO (toksik për neuronet);
- #Shkatërimi i barrierës hemo-cerebrale.

EKSCITOTOKSICITETI I GLUTAMATIT

- #Rritja e glutamatit ekstracelular në regionet cerebrale vulnerabël;
- #Nën-regullimi (down-regulation) i kompleksinës (proteina terminale presinaptike).
- #Shkatërimi i proteinës glutamate transportuese, nga NO.

DËMTIM I METABOLIZMIT TË GLUKOZËS

- #Ulja e tiaminës pirofosfate alteron procesin e utilizimit të glukozës;
- #Reduktimi i alfa-ketoglutarat dehidrogenazës alteron procesin e oksidimit të glukozës mitokondriale.

INFEKSION

- #Rritje e citokinave pro-inflamatore, kemokinave, interferonit, faktorëve inflamator gen-transkriptues.

**VDEKJE
QELIZORE**

Nevojat për vitaminat B në të rësi mund të plotësohen me marrjen nga goja të **vit. B complex** (preferohen ato me biodisponueshmëri të lartë) për dy deri në disa javë.

Kërkesat për të gjitha vitaminat karenciale (veç atyre të grupit B, edhe vit. C⁹, vit. A¹⁰, vit. D₃¹¹), por edhe të mineraleve të magnezit¹² dhe zinkut¹³, që gjithashtu janë të mangëta tek abuzuesit alkoolikë mundet të plotësohen me administrimin oral të **preparateve multivitamin/multimineral** të forta dhe të biodisponueshme, për disa ditë.

Tek alkoolistët kronikë me situatë të shprehur disfagie dhe/ose malabsorbimi, komponentët e mësipërm jepen përgjithësisht parenteral.

Në vijim propozojmë disa alternativa preparatesh vitaminike dhe minerale për administrim parenteral:

B-Doza Injeksion 2ml¹⁴ (ampulë)

Ingredientët: B₁(Thiamine)20mg, B₂(Riboflavin)5mg, B₃(Nicotinamide) 50mg, B₅ (Dexpanthenol) 5mg, B₆(Pyridoxine)10mg, B₁₂ (Cyanocobalamin)1mg.

Doza e zakonshme është 2ml, ngadalë i.m.
Në mënyrë tipike, trajtimi do të jetë një herë në javë për 2-6 javë.

⁹ Një nga vitaminat më të rëndësishme ndaj tërheqjes alkoolike. Ndhmon në riparimin e çdo qelize në trupin e njeriut, përfshirë edhe ato neuro-cerebrale.

¹⁰ Rivendos shikimin e kompromentuar nga abuzimi me alkoolin.

¹¹ Vitamina D₃ është në fakt një hormon steroid që përfshihet në një numër të madh procesesh metabolike. Ajo gjithashtu rezulton karente tek alkoolistët. Plotësimi me vitaminë D₃ lehtëson lodhjen dhe stresin, të cilat janë dy ndër simptomat patognomonike të tërheqjes alkoolike të zgjatur. Tek alkoolistët, mungesa e vitaminës D₃ është shpesh një shkak rrënjësor i depresionit që vazhdon për muaj apo edhe vite pas tërheqjes akute.

¹² Mungesa e magnezit është shumë e përhapur tek alkoolistët kronikë dhe shkaktohet kryesisht nga humbja renale e magnezit, gjë që përkeqësohet më tej nga mungesa e magnezit në dietën e tyre, humbjet gastrointestinale me vjellje dhe/ose diarre. Mungesa e këtij minerali tek alkoolistët kontribuon në zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare dhe osteoporozën. Rëndësia e magnezit në trup ndikon në masën e ndryshme në tru, muskulaturën skeletike, mëdullën, dhe zemrën. Edhe pse ende mungon një panoramë e plotë mbi implikimet e humbjes së magnezit në inde, është progresivisht e qartë se humbja e magnezit ndikon dukshëm në sintezën e proteinave, në prodhimin e energjisë në funksionin qelzor, etj.

Humbja e magnezit mund të jetë gjithashtu një faktor predispozues në zhvillimin e patologjive të shkaktuara nga alkooli, si kardiomiopati, sarkopeni, insult cerebral, steatohepatite deri në cirozë. Administrimi i drejtë i Mg tek këta pacientë do të përmirësojë funksionimin e sistemit nervor, do të ënjtë metabolizmin, si edhe do të lehtësojë ankthin dhe pagjumësinë.

¹³ Restauron sistemin imunitar dhe balancën hormonale në periudhën e abstinencës.

¹⁴ Prodhuar në Australi nga: Biological Therapies; Australian Registration Number: AUST R 22266

Multivitamin Infusion M.V.I. Adult^{TM15} (M.V.I. AdultTM-amp. 10 ml):

Ingredient ë: acid askorbik, vitamin ë A, vitamin ë D, thiamin ë, riboflavin, piridoksin ë, niacinamid, dexpanthenol, vitamin ëE, vitamina K, acid folik, biotin ëdhe vitamin ëB₁₂.

*Doza e rekomanduar ditore ë*sh t ë 10 ml. Nj ë doz ë ditore (10 ml) hollohet dhe i shtohet sol. parenterale (sol. dekstroze apo saline) p ë perfuzion t ëngadalsh ën intravenoz

B-COMPLEX INJECTION¹⁶ (Prodhim i *Empower Pharmacy¹⁷*, njohur nga FDA)

Flakon multidoz ë 30mL. *Çdo ml p ërmban:* B1 (Thiamine HCl) 100mg, B2 (Riboflavin-5-Fosfat Natriumi) 2mg, B3 (Niacinamide) 100mg, B5 (Dexpanthenol) 2mg, B6 (Pyridoxine HCl) 2mg.

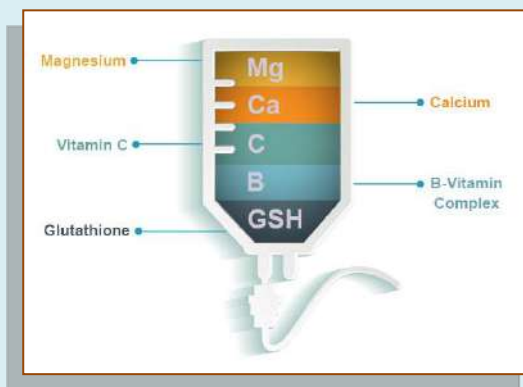
Dozimi dhe administrimi: Zakonisht doza ditore ësh t ë 0.25 deri n ë 2 ml nga injeksioni intramuskular ose ngadal ë intravenoz. P ërq ëndrimet e larta t ë dh ëna n ë m ënyr ë intravenoze mund t ëj en ët ëholluara duke p ërdorur infuzion parenteral.

Koktej "Myers"

Kokteji "Myers" ësh t ë nj ë kombinim i veçant ë i ushqyesve, p ërfshir ë vitamin ën C, kalciumin, magnezin, nj ë kompleks vitaminash B dhe vitaminave B6, B5 dhe B12 shtes ë

P ërb ër ësit e shtuar shpesh jan ë glutathione¹⁸ (nj ë antioksidant i fuqish ën), vitamin ë C me doz ë t ë lart ë, aminoacidet (Taurine, L-Carnitine, L-Lizine, Acetylkisteine, L-Arginine, L Carnozine) dhe minerale.

Ushqyesit p ër zien me uj ë bidestile ose sol. fiziologjik dhe administrohet i.v. me shiring ë me shtytje, (tretur n ë 30-50 cc solucion) p ër 10-20 minuta ose me pika p ër 40-60 minuta (tretur n ë 250 cc deri n ë 1000 cc solucion)¹⁹.



¹⁵ Prodhuar nga Hospira (USA)

¹⁶ Indikohet n ë qregullime q ë k ërkojn ë administrimin parenteral t ë vitaminave, si trajtim pre/post operator, gjendje febrile, kombustione t ë r ënda, metaboliz ën t ë rritur, gravidanc ë, qregullime gastrointestinale, alkooliz ën, etj.

¹⁷ Adresa: 5980 West Sam Houston Pkwy N #300, Houston, TX 77041, USA

¹⁸ *Glutathione* p ërb ëhet nga tre aminoacide (cysteine, glycine and glutamine) t ë kombinuara p ër t ë prodhuar nj ë peptid q ë ësh t ë edhe nj ë antioksidant i fuqish ën dhe kryen disa role kritike n ë organiz ën. Gj ëndet n ë flakon 10 mL (200 mg/ml). Doza standarde e tij ësh t ë 1400 mg, n ë perfuzione i.v.

7. Gjumi dhe relaksimi

Çrregullimet e gjumit janë të zakonshme tek alkoolpirësit e rëndë të cilët shpesh për këtë i drejtohen alkoolit ose somniferëve. Ndërsa medikamente të tilla si benzodiazepinat mund të lehtësojnë gjumin gjatë ditëve të para të tërheqjes, përdorimi afatgjatë i tyre apo somniferëve të tjerë në vijim të tërheqjes (më shumë se një javë) duhet të dekurajohet. Shumicës së pacientëve gjumi normal mund t'u kthehet brenda disa javësh pas ndërprerjes së përdorimit të alkoolit dhe sjelljet e përshtatshme pro gjumit duhet të inkurajohen.

Po kështu, shumë pacientë përjetojnë gjendje ankthi, nervozizëm dhe madje edhe atake paniku gjatë dhe pas tërheqjes alkoolike. Benzodiazepinat apo qetësues të tjerë kanë një rol të kufizuar dhe *qasjet sjellore për relaksim e ato evidencë-bazuara të menaxhimit të ankthit duhet të inkurajohen.*

8. Lehtësimi i lidhjeve me shërbimet e tjera për trajtim të mëtejshëm dhe mbështetje

Një aspekt i rëndësishëm gjatë trajtimit të tërheqjes është shqyrtimi i opsioneve të nevojshme të trajtimit post-tërheqjes dhe lehtësimi i angazhimit në këto shërbime. Kjo mund të përfshijë

- Kujdes parësor
- Këshillim (p.sh., për parandalimin e relapsit)
- Rehabilitim rezidencial
- Vetëkujdes
- Mjekim për parandalimin e relapsit.

VII. KOMPLIKACIONET E RËNDA TË TËRHEQJES

¹⁹ Kjo do të thotë se një infuzion i.v. me pika është 4 deri në 20 herë më voluminoz se injektimi i.v. me shtytje. Gjithashtu ndryshime ka dhe në tolerimin nga pacienti. Infuzionet i.v. janë pa dhimbje kur administrohen saktësisht, ndërsa me shtytje i.v. janë shpesh të dhimbshme, duke krijuar një ndjesi djegieje në venë. Kjo ka të bëjë me osmolaritetin e solucionit që administrohet në venë. Gjaku ka një osmolaritet prej rreth 300. Një infuzion i.v. gjithashtu ka një osmolaritet rreth 300, duke e bërë administrimin pa dhimbje, ndërsa një injektim i.v. me shtytje shpesh ka një osmolaritet prej 600 deri në 1000 ose më shumë. Infuzionet i.v. sigurojnë një sasi shumë më të madhe nutrientësh, hidratimin, etj., krahasuar me injektimin i.v. me shtytje.

Komplikimet e rënda të tërheqjes alkoolike përfshijnë krizën konvulsive, delirium tremens dhe halucinacionet.

Kriza Konvulsive

Konvulsionet e tërheqjes alkoolike janë zakonisht toniko-klonike. Ato ndodhin kur niveli i alkoolit në gjak bie, zakonisht brenda 6 deri në 48 orëve pas konsumimit të fundit të alkoolit, kurse tek alkool-pirësit e rëndë mund të ndodhë edhe nëse niveli i alkoolit në gjak është ende i lartë (për shembull, mbi 0.10 g %).

Nga raportimet bashkëkohore rezulton se tek rreth 8% e pacientëve që pësojnë STA, zhvillohen kriza konvulsive. Personat të cilët kanë përjetuar konvulsione në tërheqjet alkoolike paraprakisë, kanë më shumë gjasa të përjetojnë përsëri konvulsione në episodet pasardhëse të tërheqjes. Incidenca e konvulsioneve rritet (rreth 20-25 %) tek pacientët e patrajtuar brenda 6-12 orëve të para.

Delirium tremens në tërheqjen alkoolike

Delirium tremens është një sindromë akute organike e trurit që karakterizohet nga konfuzion dhe disorientim, agjitim, hiperaktivitet dhe tremor.

Deliriumi fillon 2 deri në 3 ditë pas ndërprerjes së alkool-pirjes dhe zakonisht zgjat për 2 deri 3 ditë të tjera, por mund të vazhdojë edhe deri në disa javë.

Incidenca e deliriumit alkoolik tek pacientët e patrajtuar shkon mesatarisht rreth 5%, ndërkohë që në rastet e trajtuara ajo ulet ndjeshëm. Përsa i përket mortalitetit, për shkak të ndërhyrjeve të specializuara, ai ka rënë dukshëm (>1%).

Halucinacionet

Disa pacientë përjetojnë halucinacione apo çrregullime të tjera të perceptimit (si misperceptime) në çdo stad të sindromit të tërheqjes. Halucinacionet mund të jenë vizive, taktile apo auditive dhe mund të shoqërohen me ide paranoike, deluzion, axhitim, ankth, disfori.....

VIII. TERAPIA MEDIKAMENTOZE PËR MENAXHIMIN E SINDROMIT TË TËRHEQJES ALKOOLIKE

Shumica e njerëzve që përpëqen për tërheqje alkoolike nuk do të përdetojnë simptome të rënda të tërheqjes ose komplikime të tërheqjes (të tilla si konvulsione apo delirium), të cilat kërkojnë mjekim.

Megjithatë mjekimi përdoret shpesh për të ëndihmuar tërheqjen e alkoolit mbasi:

- Mund të jetë e vështirë të parashikohet graviteti i tërheqjes tek individë të veçantë alkoolikë
- Ka sëmundshmëri të rëndësishme dhe vdekshmëri lidhur me komplikacionet e patrajuara të tërheqjes, veçanërisht konvulsionet dhe deliriumi;
- Përshpejton përfundimin e tërheqjes dhe lehtëson simptomat;
- Mjekimi i tërheqjes, që përfshin edhe detoksifikimin (veçanërisht me benzodiazepina), është relativisht i thjeshtë për t'u aplikuar, efektiv, i lirë dhe me efekte anësore minimale.

Benzodiazepinat

Benzodiazepinat janë medikamente anti-anksioze dhe sedativo-hipnotike që rrisin aktivitetin e *acidit gama-amino butirik (GABA)* në sistemin nervor qendror. Ndjaj tërheqjes alkoolike përdoren një shumëllojshmëri e gjerë benzodiazepinash.

Përgjithësisht janë më të rekomanduara benzodiazepinat veprim-gjata dhe me një fillim të shpejtë të veprimit (veçanërisht të rëndësishëm në profilaksisë e konvulsioneve):

Chlordiazepoxide

(Librium)

Ky medikament administrohet çdo ditë me tableta për të lehtësuar simptomat shqetësuese të tërheqjes. Sikurse benzot e tjera veprim-gjata, klordiazepoksidi mbetet në organizëm për rreth tre ditë. Për shkak të efekteve të tij të zgjatura, pacientët që marrin këtë preparat shpesh ndihen shumë të lehtësuar gjatë pjesës tjetër të procesit të tërheqjes. Duhet rreth 30 minuta që pacienti të ndiejë efektet e klordiazepoksidit. Medikamenti ul simptomat e ankthit dhe spazmat muskulare të shkaktuara nga tërheqja e alkoolit.

Diazepam

(Valium)

Diazepam-i është një nga medikamentet më të zakonshme që përdoren për të trajtuar alkoolizmin. Ai vjen në dy forma: tabletë dhe injeksion. Preparati ndihmon në uljen e mundësive për simptoma të përsëritura të tërheqjes. Meqë është një benzodiazepinë veprim-gjatë, një dozë e

vetme mund të zgjasë deri në tre ditë. Fillon efektin shpejt - afërsisht mbas 5 minutash për formën injektuale dhe mbas 30 deri në 60 minutash për formën per os. Ky medikament ndihmon në reduktimin e simptomave të tërheqjes duke përfshirë ankthin, spazmat muskulare, krizën dhe pagjumësinë.

Në rrethana të caktuara klinike, benzodiazepinat veprim-gjata mund të jenë problematike. Benzodiazepinat më kohë të shkurtër veprimi (të tilla si *lorazepam*, *oksazepam*, *midazolam*..) duhet të përdoren aty ku kundërvendohet sedacioni i zgjatur, si tek të moshuarit, ata me dëmtime recente të trurit, insuficiencë hepatike, insuficiencë respiratore, sëmundje të tjera serioze, në obezitet të shprehur (për shkak të akumulimit të benzove afat-gjata lipofilike dhe metabolitëve aktivë), etj. Benzodiazepinat veprim-shkurtër kanë një metabolizëm hepatic më të thjeshtuar (që zakonisht tolerohen në rastet e afeksioneve të mëdha si dhe tek të moshuarit), pa metabolitë aktivë dhe mund të ndërpriten më lehtë në rast të përkeqësimeve klinike të tilla si trauma kraniale, etj.

Lorazepam (Ativan)

Lorazepam-i përdoret gjithësisht nga institucionet e rehabilitimit për të ndihmuar pacientët të kapërcëjnë qregullime të abuzimit alkoolik. Medikamenti jepet per os dhe injektuale. Si një preparat me veprim të ndërmjetëm, ai ka një kohëzgjatje prej rreth 11 deri në 20 orë. Përdoret zakonisht në pacientët më të vjetër dhe individët me insuficiencë hepatike. Tableta per os vepron brenda 30 minutash, ndërsa parenteral vepron brenda 15 minutash. Preparati ndihmon në zbutjen e ankthit të lidhur me tërheqjen alkoolike. Specialistët trajtues mund ta përshkruajnë atë gjithashtu për të zvogëluar rrezikun e krizës.

Oksazepam (Serax)

Klasifikuar si një benzo me veprim afat-shkurtër, efektet e oksazepamit zgjasin rreth një ditë. Ai vjen në një formë tablete dhe zakonisht merret çdo ditë. Ky medikament administrohet në mënyrë tipike në mbikëqyrje mjekësore, në mënyrë që pacienti të monitorohet për treguesit vitalë dhe shëndetësorë. Pas marrjes së këtij medikamenti, duhet rreth një orë që pacienti të ndihen të lehtësuar nga simptomat e tërheqjes. Ndihmon në lehtësimin e ankthit të shkaktuar nga tërheqja e alkoolit dhe detoksifikimi. Kjo lejon trupin e pacientit të relaksohet në mënyrë që ai të mund të përqëndrohet në sobritetin dhe aspekte të tjera të dobishme të trajtimit.

Midazolam (Versed)

Është derivat i diazepamit me veti sedative dhe anksiolitike, që zakonisht përdoret intravenoz (me bolus ose infuzion), kur nevojitet një sedacion i shpejtë por lehtësisht i kthyeshëm (p.sh., në pacientë me konvulsione apo të dyshuar për trauma kraniale recente).

DISA KARAKTERISTIKA TË BENZODIAZEPINAVE MË TË PËRDORURA NË STA					
Lloji i Benzodiazepinës	Doza ekuivalente (mg)	Gjysmë-jeta (orë)	Fillimi i veprimit	Koha e pikut të veprimit (orë)	Metabolitë aktivë
Veprim-gjatë					
Diazepam (Valium)	5	20-100	I shpejtë (p.o.; i.v.)	0.5-2	Po
Chlordiazepoxide (Librium)	20	5-30	I ndërmjetëm (p.o.)	0.5-4	Po
Veprim i ndërmjetëm					
Lorazepam (Ativan)	1	10-20	I ndërmjetëm (p.o.); I shpejtë (s.l.; i.v.)	1-6	Jo
Oxazepam (Serax)	10	3-25	I ngadaltë (p.o.)	1-4	Jo
Midazolam (Versed)	2.5	1-4	Shumë i shpejtë (i.v.)	0.5-1	Jo

IX. PËRSHKRIMI

Qëlimi i detoksifikimit është që të kontrollojë me shpejtësi simptomat e tërheqjes, të stabilizojë pacientin dhe pastaj gradualisht të zvogëlojë dozën për të ndaluar zakonisht nga dita e 5-7, duke mbajtur pacientin të sigurt dhe në komfort.

Është e rëndësishme që të shmangët nën-trajtimi, i cili mund të çojë në DT ose konvulsione, ose mbi-trajtimi, i cili shoqërohet me sedacion të tepërt, pneumoni aspirative, hipotension dhe agjitim paradoksal. Qëlimi i përgjithshëm terapeutik i përshkrimit të benzodiazepineve është zbutja e simptomatikës së STA-së dhe sedacioni i lehtë nga i cili mund të nxitet lehtë pacienti.

Chlordiazepoxide (Librium) është benzodiazepinë e zgjedhur për tërheqjen e alkoolit, për shkak të gjysmëzetës së saj të gjatë (me pak rrezik për simptoma rebound). Diazepam-i është gjithashtu efektiv, por ka potencial të lartë të abuzimit dhe diversionit. Ai ka më shumë rrezik akumulimi krahasuar me Chlordiazepoxide (CDZ). (Një regjim alternativ i detoksifikimit me diazepam shtjellohet më poshtë).

Benzodiazepina me veprim të shkurtër (të tilla si Lorazepam) mund të jetë e preferuar për ata tek të cilët duhet të shmangët mbidozimi, për shembull tek pacientët me sëmundje të mëdha të tregut (të cilët nuk janë në gjendje të metabolizojnë në mënyrë efektive agjentët me veprim-gjatë), tek pacientët me sëmundje pulmonare obstruktive kronike dhe tek të moshuarit e brishtë (shih më detajisht në vazhdim).

a. Parimet e dozimit:

Faza 1 - Arritja e stabilitetit

- Qëlimi kryesor është që pacienti të arrijë stabilitet/kontroll mbi çdo simptomë të tërheqjes;
- Kjo arrihet më së miri në fazat fillestare duke bërë një vlerësim të dozës fillestare të kërkuar (shih më poshtë), pasuar nga dozimi simptomë nxitur sipas nevojës me monitorim të kujdesshëm të kuadrit simptomatik në vazhdim (shih seksionin 7);
- Doza fillestare mjaft të mëdha janë të rëndësishme për të parandaluar zhvillimin e tërheqjes së rëndë;
- Ideale është arritja e stabilizimit në 24-48 orë e para dhe tregohet me përsëritjen e simptomave minimale të tërheqjes (CIWA-Ar <8) dhe nuk ka nevojë për doza të mëtejshme;
- Doza nuk duhet të zvogëlohet në 24 orë e para, vetëm nëse pacienti është tashmë qartësisht i mbisedatuar;

- Nëse nevojiten doza pas 48 orësh të terapisë, atëherë doza fillestare ka rezultuar e pamjaftueshme dhe STA-ja nuk është stabilizuar. Vazhdojnë dozat edhe për 24 orë në vijim deri në akumulimin e efektit sedativ.

Faza 2 - Reduktimi i dozës fikse

- Sapo të arrihet stabiliteti, përkuesi mund të kalojë në një **regjim reduktues të dozës fikse**, me një shkallë më të vogël të monitorimit të kërkuar;
- Gjendja e qëndrueshme e nivelit të benzos në gjak ndodh mesatarisht pas 3 ditëve dhe kërkesat për sedacion gjatë STA-së bien ndërkohë, prandaj *doza pas stabilizimit në përgjithësi duhet të reduktohet në rreth 20% të bazës ditore*. Kjo gjithashtu parandalon zëvendësimin e një varësie me një tjetër;
- Shumë shpesh pacientët marrin doza edhe për shumë kohë mbasi është arritur stabilizimi dhe madje pa ndonjë evidencë të mëtejshme të tërheqjes fizike – klordiazepoksid-i atëherë shërben si një anxiolytic dhe jo për menaxhimin e tërheqjes dhe kjo duhet të shmanget.

b. Përcaktimi i dozës fillestare:

Farmakoterapia duhet të administrohet me dozën e përshtatur me kërkesat e pacientit. Për të individualizuar trajtimin, duhet të merren parasysh disa faktorë ku përfshihen:

- Ashpërsia e varësisë (historia dhe mjetet e vlerësimit, p.sh., SADQ)
- Ashpërsia e episodit aktual të tërheqjes
- Gjendja fizike e pacientit / mjekimet e tjera që merren.

c. Përcaktimi i kohës së dhënies së dozës së parë

Është më mirë të fillohet terapia përpara se të shfaqen simptomat e rëndësishme të tërheqjes. Vonësia në nisjen e trajtimit mund të rezultojë në simptoma të tërheqjes dhe për më tepër duke i bërë të vështirë parandalimin dhe kontrollin e komplikimeve të tilla si DTs ose konvulsionet.

Kujdes! Duhet të theksohet se përdorimi i sedacionit të benzodiazepinës, ndërsa pacienti është ende i intoksikuar me alkool, mund të çojë në depresion respirator dhe deri në përfundim letal.

Prandaj në gjykimin klinik vlej të udhëzimet vijuese:

- Idealisht 6-8 orë pas alkool-pirjes së fundit:

- ✚ Kujdes! Pacientët mund të kenë konsumuar sasi të konsiderueshme alkooli vetëm para se të hyjnë në spital.
- Niveli i etanolit të gjakut duhet të jetë mundësisht sa më afër zeros, ideale <100mg / 100ml dhe në rënie:
 - ✚ Rënia gjykohet nga dy vlerësime të njëpasnjëshme të nivelit etilik trupor në rënie ose me prova të tjera të qarta klinike për zbutje të intoksikimit të pacienti me kalimin e kohës;
 - ✚ Metabolizmi në përgjithësi redukton etanolin e serumit me 20mg/100mL/orë megjithëse kjo tek alkoolistët kronikë mund të arrijë deri në afërsisht 30mg/100mL/orë
- Sa më shumë të jetë i varur pacienti nga alkooli, aq më shpejt pas alkool-pirjes së fundit shfaqen simptomat e STA-së
 - ✚ Individët me dependencë të rëndë alkooli mund të përjetojnë tërheqje të konsiderueshme me një përqendrim alkooli në gjak prej 100mg për 100ml ose më shumë. Terapia mund të startojë por kujdes me dozat!

d. Ulja e dozave:

- Nëse pacienti është në gjumë ose shfaqet i mbisedatuar, ulet doza e administruar dhe më pas gjykohet për dozën pasardhëse (në sasi dhe kohë)
- Kujdesuni për rrezikun e depresionit të frymëzimit - monitoroni pulsën, oksimetritin dhe normën e frymëzimit.
- Duhet të ketë qasje në Flumazenil²⁰.
- Merrni parasysh ripërdorimin e alkool-sensorit të frymëzimit, nëse dyshohet për konsumim të alkoolit në mjediset e shërbimit.

²⁰ Ky preparat përdoret si një antidot në trajtimin e mbidozave të benzodiazepinës. Ai shfuqizon efektet e benzodiazepinëve me anë të frenimit konkurrues të benzodiazepinës në zonat përkatëse të receptorëve GABA. Në përdorimin e tij duhet të konsiderohen efektet potenciale sekondare, si ulja e pragut të konvulsioneve, agjitimi, ankthi.... Jetëgjatësia e shkurtër e flumazenilit kërkon doza të shumta dhe monitorim të kujdesshëm të pacientëve për të parandaluar efektet sekondare.

Dozat e zakonshme tek adultët për mbidozim benzodiazepine:

Doza fillestare: 0.2 mg IV, bolus për 30 sek.

Doza të përsëritura: 0.5 mg mund të jepet çdo minutë

Doza maksimale e përgjithshme 3 mg. Pacientët që reagojnë pjesërisht në 3 mg, mund të marrin doza shtesë deri në 5 mg.

Shumica e pacientëve u përgjigjen dozave 1 deri 3 mg.

Doza e risedatimit: 0.5 mg çdo 20 minuta, në një total prej 1 mg/doza dhe 3 mg/orë

X. HAPAT KONKRETË DETOKSIFIKUES ME CHLORDIAZEPOXIDE (parashikuar kryesisht p ë sh ërbimet rezidenciale/hospitalore)

A. REGJIMI STABILIZUES:

REGJIMI STABILIZUES

❖ Nëse kategoria e rrezikut është e ulët:

- Monitorohet pacienti duke përdorur CIWA çdo orë;
- Planifikohet doza maksimale e *Chlordiazepoxidit* (CDZ) deri 100 mg/24 orë;
- Nëse CIWA <8 – zero benzo; nëse CIWA ≥ 8 jepet doza 20mg CDZ njëherësh (deri 80 mg/24 orë);
- Rishikim pas 1 ore;
- Nëse CIWA <8 - zero benzo; nëse CIWA ≥ 8 jep 20mg CDZ njëherësh;
- Nëse në 2 CIWA-t e njëpasnjëshme rezultatet janë <8, përgjithësisht ndalohet monitorimi
- Nëse mbas 2 dozave kërkohet të rishikojmë kuadrin klinik, shqyrtojmë rikategorizimin e pacientit dhe fillimin e regjimit të dozës fikse duke nisur nga 20 mg CDZ, 2x në ditë (reduktimi i dozës fikse me shtrirje kohore rreth 6-7 ditë përgjithësisht praktikohet në masën 20% ulje të dozës ditore).

❖ Nëse kategoria e rrezikut është e mesme + CIWA fillestare <15:

- Administrohet 30mg CDZ menjëherë;
- Planifikohet doza maksimale e CDZ-së deri 250 mg/24 orë;
- Rishikim pas 1 ore;
- Nëse CIWA <8 – zero benzo; nëse CIWA ≥ 8 - jep më tej 30mg CDZ njëherësh;
- Rishikim pas 1 ore;
- CIWA <8 – zero benzo; nëse CIWA ≥ 8 - jep 30mg CDZ njëherësh;
- Vazhdohet rishikimi çdo orë deri në 2 CIWA të njëpasnjëshme <8 dhe pastaj fillohet një regjim dozimi fiks nga 30 mg CDZ, 2x në ditë (reduktimi i dozës fikse me shtrirje kohore rreth 6-7 ditë përgjithësisht praktikohet në masën 20% ulje të dozës ditore);

➤ Nëse nevojiten më shumë se 2 dozime të njëpasnjëshme 30mg, shqyrtohet kuadri klinik për kalimin në kategorinë e rrezikut të lartë.

❖ Nëse kategoria e rrezikut është e lartë ose rrezik i mesëm + CIWA fillestare ≥ 15

- Jepet 40mg CDZ menjëherë;
- Planifikohet doza maksimale e diazepamit deri 250 mg/24 orë;
- Rishikim pas 1 ore;
- Nëse CIWA <8 - zero benzo; Nëse CIWA ≥ 8 - jep më tej 40mg CDZ njëherësh;
- Rishikim pas 1 ore;
- Nëse CIWA <8 - zero benzo; nëse CIWA ≥ 8 - jep 40mg CDZ njëherësh;
- Vlerësohet çdo orë deri në 2 CIWA të njëpasnjëshme <8 , atëhere filloni regjimin me dozën fikse nga 40 mg CDZ, 4x në ditë (shtjelluar në tabelën vijuese);
- Nëse mbas 3 dozave me 40mg simptomatika persiston, për të arritur stabilizimin e pacientit duhet të konsiderohet strategjia mbi vështirësitë (shih më poshtë seksionin përkatës);

B. REGJIMI I REDUKTIMIT TË DOZËS FIKSE TË CHLORDIAZEPOXIDE-S:
(kategoria e rrezikut është e lartë ose rrezik i mesëm + CIWA fillestare ≥ 15)

<u>REGJIMI I REDUKTIMIT TË DOZËS FIKSE TË CHLORDIAZEPOXIDE-S:</u> (kategoria e rrezikut është e lartë ose rrezik i mesëm + CIWA fillestare ≥ 15)	
DITA	DOZIMI
Dita 1 ²¹	40mg, 4x në ditë
Dita 2	30mg, 4x në ditë
Dita 3	20mg, 4x në ditë
Dita 4	20mg, 3x në ditë

²¹ Pas regjimit të stabilizimit

Dita 5	10mg, 4x n ëdit ë
Dita 6	10mg, 2x n ëdit ë

- Detoksikimi alkoolik në Komunitetet Terapeutike fillon në përgjithësi ditën e dytë (d.m.th. 5 ditë duke zvogëluar kursin nga 30mg n ëdit ë).
- Detoksikimet spitalore kanë periudhën fillestare të stabilizimit, e cila është në thelb " para ngarkim " i pacientit para fillimit të regjimit të reduktimit të dozës fikse.

A. Menaxhimi i detoksifikimeve më komplekse

- **Simptoma të rënda/të pakontrolluara të tërheqjes:**
 - ✚ Hapi i parë për tërheqjet refraktare është konsiderimi i rritjes së frekuencës dhe dozës së klorodiazepoksidit deri në 40 mg në orë në një maksimum prej 3 dozash;
 - ✚ Kur rriten dozat e klorodiazepoksidit ose jepen doza sipas nevojës, të kërket kujdes sepse mbetja mund të shkaktojë axhitim paradoksal;
 - ✚ Rishikoni diagnozën e pacientit për praninë e ndonjë sëmundjeje psikotike ose patologjie tjetër organike;
 - ✚ Nëse pacienti nuk stabilizohet, shqyrtoni opsionet vijuese:
- **Doza më të larta të klorodiazepoksidit:**
 - ✚ Vlerësimi fillestar i duhur i dozimit, monitorimi intensiv i simptomave dhe përdorimi i dozave të nevojshme të rregullta në fazat e hershme është mënyra më efektive për të menaxhuar simptomat e tërheqjes dhe ndihmon për të siguruar pacientin në ankth;
 - ✚ Në përgjithësi është më shumë klinikisht efektive rritja e dozës së CDZ-së për të kontrolluar në mënyrë adekuate simptomat e tërheqjes së alkoolit, sesa shtimi i njëlloji tjetër preparati.
 - ✚ Në varësinë alkoolike mund të jenë të nevojshme doza më të larta të CDZ-së sesa doza fillestare standarde të saj;

- ✚ Doza maksimale në këto situata përcaktohet nga përgjigjja klinike dhe gjasat e akumulimit;
- ✚ Shembuj të dozave më të larta të rregullta të CDZ-së janë 50-60mg, 4x në ditë, për 24-48 orë e para;
- ✚ Herë pas here, njohja okasionale klinike e pacientit mund të parashikojë nevojën për doza të rregullta të larta të CDZ-së që nga fillimi;
- ✚ Nata sjell simptoma më të rënda në shumë pacientë, rritja e dozës nokturne të klordiazepoksidit konsiderohet trajtimi i linjës së parë për sedacionin e natës; përndryshe mund të shtohet Zopiclone 7.5mg²² çdo natë (për përdorim vetëm spitalor);
- ✚ Kujdes! Pacientët që vazhdojnë të shfaqin simptoma të rëndësishme edhe mbi dozën maksimale të rekomanduar (250 mg në 24 orë), mund të kenë komplikime të tjera, të cilat përgjithësisht kërkojnë konsulencë teknike veçanërisht të kualifikuar.

Alternativat e klordiazepoksidit:

- ✚ Disa pacientë nuk i përgjigjen mirë klordiazepoksidit. Vazhdimi me klordiazepoksid në këto raste mund të çojë në vonimin e fillimit të efektit dhe over-sedacion të vonuar, kur efekti i drogës akumulohet. Në këto raste do preferohet *zëvendësimi me lorazepam* për një efekt më të shpejtë dhe për të ulur rrezikun e akumulimit të dozës.
- ✚ Në rastet kur janë arritur doza maksimale të nevojshme të CDZ-së dhe simptomat e tërheqjes nuk janë zgjidhur, kaloni në zgjedhjen e benzodiazepines së përshtatshme, p.sh., nga klordiazepoksidi në lorazepam: **Shembull regjimi me lorazepam i STA-së**.

Trajtimi i grupeve të veçanta të pacientëve

²² Zopiclone është hipnotik dhe gjëndet në tab. 3.75mg dhe 7.5 mg.

Doza e zakonshme për adultët është 7.5 mg pak para gjumit.

Doza e zakonshme fillestare për të moshuarit është një tabletë zopiclone (3.75 mg) pak para gjumit.

1. Afeksione hepatike:

Në afeksionet hepatike duhet të konsiderohen alternativat vijuese:

- Sëmundje kronike të mëdha të diagnostikuara më parë
- Sëmundje hepatike klinikisht evidente (ikter, ascite, encefalopati hepatike, eritemë palmare, hepatomegali, splenomegali ose manifestime të tjera klinike të cirozës);
- Bilirubina në serum e lartë, albumina e ulët, koha e protrombinës e ulët;
- Për sëmundjet hepatike të lehta deri të moderuara, fillohet me gjysmën e dozave tipike të klordiazepoksidit ose përdoret lorazepam;
- Duhet monitorim i kujdesshëm me çdo regjim dozë fikse;
- Për sëmundje më të rënda hepatike nevojitet monitorim strikt dhe konsiderohet qasja simptomë-bazuar, duke përdorur dozat më të ulëta të mundshme;
- Konsultim me specialist përkatës.

2. Sëmundje respiratore

- Për sëmundje të rënda të frymëmarrjes/insuficiencë respiratore tipi 2, përsëri nevojitet monitorim strikt dhe regjim i dozës fikse;
- Nevojiten dozat më të ulëta të klordiazepoksidit, lorazepamit ose qasjeve simptomë-bazuara.

3. Nëpamundësi administrimi per os të terapisë

- Administrimi i rregullt i dozave të nevojshme të diazepamit ose lorazepamit, IV ose IM janë alternativa ndaj klordiazepoksidit në pacientët e paaftë për trajtim oral. Absorbimi IM i diazepamit mund të jetë i ndryshueshëm, veçanërisht për muskujt glutealë. Kjo rrugë administrimi duhet të përdoret vetëm nëse administrimi IV nuk është i mundur;
- Të injektohet diazepam 10mg IV në një venë të madhe për 2 minuta. Përsëritet pas një intervali jo më pak se 4 orë nëse nuk ka përmirësim;
- Rruga IM nuk duhet të përdoret tek pacientët me qregullime hemorragjike / koaguluese;
- Pajisjet për reanimim/ Flumazenil-i duhet të jenë gjithmonë të disponueshme;
- Kujdes! Injektimi i diazepamit është i kundërindikuar në afeksionet serioze hepatike;

- T ë mos administrohen nj ëkoh ësisht i.m. lorazepam dhe olanzapine.

4. Pacientet shtatz ëna:

- Ka t ë dh ëna t ë kufizuar p ër detoksifikimin e pacienteve shtatz ëna t ë varura nga alkooli, me benzodiazepine ose edhe thiamin ëi.v.;
- Ësht ë e r ënd ësisht p ër t ë gjykuar mbi raportin e rrezikut t ë t ërheqjeve t ë r ënda ndaj rrezikut t ëekspozimit t ë fetusit ndaj benzodiazepinave;
- Esht ë thelb ësore q ë ekipi obstetrikal t ë informohet n ëse pacientja paraqitet p ër detoksifikim gjat ë gravidanc ë;
- Konsensusi bashk ëkohor p ër nd ërhyrje detoksifikuese gjat ë gravidanc ë kufizohet vet ën n ëraste t ë ve çanta t ë t ërheqjeve t ë komplikuar dhe n ë kushte teknike t ë spikatura;
- Preparati i rekomanduar ësh t ë diazepam 5mg, ekuivalent me 15-20mg CDZ (shiko tabel ën e ekuivalenc ë s ë benzodiazepinave);
- Regjimi simptom ëbazuar (me monitorim strikt) gjykohet si regjimi m ëi p ërshtatsh ën n ë k ë t ë specifik ë;
- Çdo p ërdorim i benzodiazepin ës duhet t ë jet ë n ë doz ën m ë t ë ul ë t ë mundshme p ër minimumin e koh ë.

5. Pacient ë e moshuar (> 75 vje çose> 65 tek t ë s ënur ë kronik ë):

- T ë moshuarit jan ë ve çan ërisht vulnerab ël ndaj efekteve t ë over-sedacionit dhe komplikimeve t ë tij, si ç jan ër r ëzimet, ve çan ërisht me fraktura dhe hematoma subdurale;
- T ë moshuarit kan ë nj ë kapacitet t ë reduktuar p ër t ë metabolizuar dhe eliminuar benzodiazepinat;
- Kujdes! Gjat ë trajtimit t ë STA-s ë, vigjilenc ë e ve çant ë duhet t ë tregohet ndaj over-sedatimit, agjitimit paradoksal dhe deleriumit;
- Nj ë parim i p ërgjithsh ën p ër t ë kompensuar k ëta faktor ë ësh t ë *p ërgjysmimi i dozave t ë zakonshme t ë sedatimit*;

- Intervalet e dozimit gjithashtu mund të rriten nëse është e nevojshme;
- Dozimi tek këta pacientë duhet të rishikohet pas 24 dhe 48 orëve;
- *Preferohet lorazepam-i* si një alternativë ndaj klordiazepoksidit, nëse ekziston rreziku i akumulimit.

6. Fëmijë dhe të rinjtë

- Ka mungesë të evidencave klinike që sugjerojnë dozën e duhur të mjekimit për të asistuar tërheqjen për këto kontigjente;
- Në përgjithësi doza duhet të jetë më e ulët se ajo e parashikuar për një adult;
- Merrni në konsideratë moshën, masën trupore dhe gjininë e individit;
- Kjo popullatë është veçanërisht vulnerabël dhe pranimi duhet të konsiderohet me prapësi më të ulët për moshat nën 18 vjeç.

7. Pacientët e varur nga benzodiazepina:

- Për pacientët dependentë nga doza të rregullta të benzodiazepinave të tjera, p.sh., temazepam, diazepam, etj., para pranimi në përgjithësi duhet të vazhdohet në të njëjtën dozë përveç dozës së reduktimit të klordiazepoksidit;
- Duhet të kihet parasysh se toleranca ndaj benzodiazepinave mund të ketë ndikim në dozat e kërkuara të klordiazepoksidit për të kontrolluar tërheqjet e alkoolit;
- Megjithatë, të konsiderohet gjithashtu se detoksifikimi i alkoolit në spital mund të paraqesë një mundësi për të diskutuar me pacientin opsionin e reduktimit ose edhe e daljes nga benzodiazepinat e varësisë;
- Edhe këto raste përgjithësisht kërkojnë konsultim të kualifikuar.

Shembull regjimi me LORAZEPAM i STA-së

DITA	DOZIMI I DIAZEPAMIT VARËSISHT GRAVITETIT		
	Rrezik i ulët plus CIWA ≥ 8	Rrezik i mesëm plus CIWA <15	<15 plus CIWA ≥ 15 or Rrezik i lartë
Dita I / A&E - Dozë stabiliteti me Lorazepam	<i>0.5mg, 4 x në ditë +0.5mg çdo 2 orë, në rast nevojë</i>	<i>1mg, 4 x në ditë +1mg çdo 2orë, në rast nevojë</i>	<i>2mg njëherësh; përsëritet çdo orë deri në 3 doza ose CIWA- Ar <8; pastaj 2mg, 4 x në ditë + 2mg çdo orë, në rast nevojë</i>
Dita II- Dozë stabiliteti	<i>0.5mg, 3x në ditë + 0.5mg çdo 2orë, në rast nevojë</i>	<i>1mg 4 x në ditë + 1mg çdo 2 orë, në rast nevojë</i>	<i>1-2mg 4 x në ditë + 1mg çdo 4 orë, në rast nevojë</i>
Dita III	<i>0.5mg, 2 x në ditë</i>	<i>0.5mg, 4 x në ditë</i>	<i>1mg, 4 x në ditë</i>
Dita IV	<i>0.5mg, 2 x në ditë</i>	<i>0.5mg, 3 x në ditë</i>	<i>1mg, 3 x në ditë</i>
Dita V	<i>0.5mg, dozë nokturne</i>	<i>0.5mg, 2 x në ditë</i>	<i>1mg, 2 x në ditë</i>
Dita VI		<i>0.5mg, dozë nokturne</i>	<i>0.5mg, 2 x në ditë</i>

Dita VII			0.5mg, dozë nocturne
----------	--	--	----------------------

Hapat për Menaxhimin me Diazepam të STA-së

1.Regjimi Stabilizues

REGJIMI STABILIZUES
<i>a.Rastet me rrezik të ulët:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Monitoroni duke përdorur CIWA çdo orë • Planifikohet doza maksimale e diazepamit 40 mg/24 orë • Nëse CIWA <8 – pa benzo; nëse CIWA ≥ 8 jepet 10mg diazepam njëherësh • Rishikimi pas 1 ore • Nëse CIWA <8 - pa benzo; nëse CIWA ≥ 8 jepet 10mg diazepam njëherësh • Nëse 2 CIWA të njëjta pasnjëshme shënojnë <8, mund të ndërlohet monitorimi formal • Nëse nevojiten > 2 doza, rishikohet kuadri klinik, konsiderohet rikategorizimi i pacientit si dhe fillimi i dozës fikse diazepam, duke nisur me 10 mg njëherësh në ditë (dita 3 - shih mëposhtë).
<i>b.Rastet me rrezik të mesëm + CIWA fillestare <15:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Jepni 15mg diazepam njëherësh; • Planifikohet doza maksimale e diazepamit 100 mg/24 orë • Rishikimi pas 1 ore; • Nëse CIWA <8 – pa benzo; nëse CIWA ≥ 8 - jepet mëtej 15mg diazepam njëherësh; • Rishikimi pas 1 ore; • CIWA <8 – pa benzo; nëse CIWA ≥ 8 - jep 15mg diazepam njëherësh;

- Vazhdohet rishikimi çdo orë deri në 2 CIWA <8 të njëpasnjëshme dhe pastaj fillohet dozimi regjim fiks, nga 15mg /10mg /10mg /15mg (Dita 2 - shihni më poshtë);
- Nëse nevojiten > 2 dozime të njëpasnjëshme 15mg, të rishikohet kuadri klinik dhe të konsiderohet transferimi në stadin e rrezikut të lartë.

c. Rastet me rrezik të lartë ose rrezik të mesëm + CIWA fillestare ≥ 15 :

- Jepet 20mg diazepam njëherësh;
- Rishikim pas 1 ore;
- Nëse CIWA <8 – pa benzo; nëse CIWA ≥ 8 - jepet mëtej 20mg diazepam njëherësh;
- Rishikimi pas 1 ore;
- Nëse CIWA <8 – pa benzo; nëse CIWA ≥ 8 - jepet mëtej 20mg diazepam njëherësh;
- Vazhdohet rishikimi çdo orë deri në 2 CIWA të njëpasnjëshme <8 dhe pastaj fillohet një regjim dozimi fiks nga 15mg, 4 x në ditë (shih më poshtë);
- Nëse pas 3 dozave me 20mg nuk arrihet stabilizimi, shikohet strategjia mbi vështirësitë për të stabilizuar pacientin (shih seksionin përkatës).

2. Regjimi i Rieduktimit të Dozës Fikse të Diazepamit:

REGJIMI I RIEDUKTIMIT TË DOZËS FIKSE TË DIAZEPAMIT	
DITA	DOZIMI
Dita 1	15mg, 4 x ditë
Dita 2	15mg/10mg/10mg/15mg
Dita 3	10mg, 4 x në ditë
Dita 4	10mg, 3 x në ditë

Dita 5	5mg, 4 x në ditë
Dita 6	5mg, 2 x në ditë

- Komunitetet Terapeutike fillojnë detoksifikimin përgjithësisht në ditën e dytë (d.m.th. 5 ditë kurs reduktimi).
- Detoksifikimet spitalore kanë periudhën fillestare të stabilizimit para fillimit të regjimit të reduktimit të dozës fikse.

Detoksifikimi alkoolik në kushte ambulatorë

Në vijim do të japim të përmblëdhura regjimet terapeutike të detoksifikimit alkoolik me benzodiazepinat më të praktikuara edhe në kushte ambulatorë:

DETOKSIFIKIMI ALKOOLIK NË KUSHTE AMBULATORE		
a. Regjimi Simptomë-nxitur		
CIWA-Ar > 9 pikë		
<p>1. Protokollin e Chlordiazepoxide (Librium) (bazuar në simptomatikë)</p> <p><i>Përcaktohet sasia tot. e tab. Chlordiazepoxide 25 mg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dita 1: Librium 25- 50 çdo 4 orë • Dita 2: Librium 25- 	<p>2. Protokollin e Diazepam-it (Valium) (bazuar në simptomatikë)</p> <p><i>Përcaktohet sasia tot. e tab. Diazepam 10 mg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dita 1: Valium 10 mg çdo 4 orë • Dita 2: Valium 10 mg çdo 6 orë 	<p>3. Protokollin e Lorazepam-it (Ativan) (bazuar në simptomatikë)</p> <p><i>Përcaktohet sasia tot. e tab. Lorazepam 1 mg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dita 1: Ativan 2 mg çdo 6 orë • Dita 2: Ativan 2 mg çdo 6 orë

<p><i>50 çdo 6 orë</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dita 3: Librium 25-50 çdo 6 orë</i> • <i>Dita 4: Librium 25-50 çdo 12 orë</i> • <i>Dita 5: Librium 25-50 çdo 12 orë</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dita 3: Valium 10 mg çdo 6 orë</i> • <i>Dita 4: Valium 10 mg çdo 12 orë</i> • <i>Dita 5: Valium 10 mg çdo 12 orë</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dita 3: Ativan 1 mg çdo 8 orë</i> • <i>Dita 4: Ativan 1 mg çdo 12 orë</i> • <i>Dita 5: Ativan 1 mg çdo 12 orë</i>
<p>b. Regjimi me dozë fikse</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ulja e dozës nëse ndodh mbidozimi</i> - <i>Monitorimi nga një familjar/mik dhe në rast nevoje, edhe disponueshmërie nga një operator shëndetësor.</i> 		
<p>1. Protokollu me Chlordiazepoxide (Librium) (preparat i preferuar)</p> <p><i>Përcaktohet sasia tot. e tab. Chlordiazepoxide (Librium) 25 mg tabs (# 11-22)</i></p> <p>Opsioni I</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dita 1: Librium 25-50 mg, çdo 6 orë planifikuar</i> • <i>Dita 2: Librium 25-50 mg, çdo 8 orë</i> 	<p>2. Protokollu i Diazepam-it (Valium)</p> <p><i>Përcaktohet sasia tot. e tab. Diazepam 10 mg tab (# 11)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dita 1: Valium 10 mg çdo 6 orë planifikuar</i> • <i>Dita 2: Valium 10 mg çdo 8 orë planifikuar</i> • <i>Dita 3: Valium 10 mg çdo 12 orë planifikuar</i> • <i>Dita 4: Valium 10 mg planifikuar në kohën e gjumit</i> 	<p>3. Protokollu i Lorazepam-it (Ativan)</p> <p><i>Përcaktohet sasia tot. e tab. Lorazepam 1 mg (# 18)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dita 1: Ativan 2 mg çdo 8 orë planifikuar</i> • <i>Dita 2: Ativan 2 mg çdo 8 orë planifikuar</i> • <i>Dita 3: Ativan 1 mg çdo 8 orë planifikuar</i> • <i>Dita 4: Ativan 1 mg çdo 12 orë planifikuar</i> • <i>Dita 5: Ativan 1 mg planifikuar në kohën</i>

<p><i>planifikuar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dita 3: Librium 25-50 mg, çdo 12 orë planifikuar</i> • <i>Dita 4: Librium 25-50 mg, planifikuar në kohën e gjumit</i> • <i>Dita 5: Librium 25-50 mg, planifikuar në kohën e gjumit</i> <p><i>Opsioni II</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dita 1: Librium 50 mg çdo 6-12 orë</i> • <i>Dita 2: Librium 25 mg çdo 6 orë</i> • <i>Dita 3: Librium 25 mg çdo 12 orë</i> • <i>Dita 4: Librium 25 mg gjatë natës</i> <p><i>Opsioni III</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Librium 25-50 mg çdo 8 orë për 3 ditë</i> • <i>Konsideroni shtrimin në departamentin e emergjës në rast nevoje</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dita 5: Valium 10 mg planifikuar në kohën e gjumit</i> 	<p><i>e gjumit</i></p>
--	---	------------------------

- *Ndjekja e pacientit nga shërbimi parësor ose edhe ai adiktiv*

Mjekimet alternative, simptomatike, etj.

Benzodiazepinat konsiderohen mjekimi i rangut të parë për menaxhimin e tërheqjes alkoolike. Gjithësesi rekomandohet që benzodiazepinat të mos përdoren, ose të përdoren me shumë kujdes në situatat vijuese:

- Në rast se janë abuzuar/keqpërdorur nga pacienti (si varësi nga kjo substanca, përdorim me doza të larta ose pacienti vazhdon përdorimin e alkoolit...). Në këto raste kërkohet mbikëqyrje rigoroze e mjekimit në kushte të shërbimeve rezidenciale të tërheqjes alkoolike, por edhe në shërbimet ambulatorë, duke limituar dhënien e diazepinave;
- Në ato pak raste kur ato shkaktojnë reaksione paroksistike (si violencë, axhitim...) ose alterime të rënda të statusit mental (si konfuzion, delirium...). Në këto raste duhet të konsiderohen *qasjet trajtuese alternative*.

Antikonvulsantë

Carbamazepine (tegretol) minimizon simptomat e tërheqjes së alkoolit dhe parandalon krizat e tërheqjes së alkoolit (është efektiv në tërheqje të moderuar), por nuk parandalon në mënyrë efektive krizat e përsëritura.

Për administrimin e tegretolit konsiderojmë të përshtatshëm regjimin terapeutik vijues:

Dozimi: 200 mg katër herë në ditë për os, me reduktim gradual gjatë 5 ditëve

- Fillohet me 800 mg në ditën 1;
- Përfundon ditën e 5 me 200 mg dozë unike.²³

Opsioni intravenoz (IV)

²³ Referenca: Malcolm (2002) J Gen Intern Med 17: 349-55 [PubMed]

- Indikohet tek pacientët me intolerancë digjестive
- Miratuar si përdorim i përkohshëm (jo më shumë se 7 ditë) për llojet e mëposhtme të konvulsioneve:
 - konvulsione të pjesshme me simptomatologji komplekse
 - konvulsione të përgjithshme toniko-klonike
 - rastet e krizave të përziera
- Doza e përgjithshme ditore e karbamazepinës intravenoze është 70% e dozës totale orale ditore të pacientit dhe jepet çdo 6 orë në infuzione 30 minutash.
- Sa më parë që të jetë e mundur, pacientët duhet të kthehen në administrimin oral të karbamazepinës në dozën e tyre ditore.
- Administrimi intravenoz rekomandohet mundësisht jo më shumë se një javë

Gabapentin

- Është një etjeter antikongulsant, i cili potencon aktivitetin e mediatorit GABA dhe zvogëlon aktivitetin e glutamatit

- Zvogëlon etshmirin e alkoolit dhe depresionin

- Dozimi (minimumi i dozës efektive ditore 900 mg /ditë)

- Filloni me 600 mg tri herë në ditë për 3 ditë
- Pastaj 300 mg tri herë në ditë për 3 ditë të tjera.²⁴

Pacientët që tashmë marrin rregullisht antikongulsantë duhet të vazhdojnë këtë mjekim gjatë tërheqjes. Shumë alkoolistët tërëndë kanë aderencë të dobët ndaj antikongulsantëve ndërsa pijnë dhe mund të jenë në rrezik të krizave për shkak të ndërprerjes së fundit të antikongulsantëve. Matja e nivelit plazmik të antikongulsantëve duhet të merret në konsideratë përpara administrimit të antikongulsantëve.

Medikamentet antipsikotike

Medikamentet antipsikotike (siç janë *fenotiazinat*) kur përdoren vetëm, mund të rrisin rrezikun e krizave dhe nuk parandalojnë fillimin e deliriumit. Për këtë ato duhet të përdoren vetëm të kombinuara me benzodiazepinat, për të menaxhuar halucinacionet ose agjitimin e shoqëruar me

²⁴ Referenca: Myrick (2009) Alcohol Clin Exp Res 33 (9): 1582-8 + PMID: 19485969 [PubMed]

delirium, të cilat nuk u janë përgjigjur dozave adekuate të benzodiazepineve (p.sh., të paktën 60-80 mg ngarkim me diazepam).

Nuk ka të dhëna të konfirmuara për avantazhin e antipsikotikëve të ndryshëm, prandaj praktikuesit duhet të përdorin preparatet më të njohura.

Shembuj të regjimeve:

Përdorimi i Haloperidolit:

- Saturimi i receptorëve të benzodiazepinës kufizon përfitimet nga përshkallëzimi i dozës mbi nivelet e zakonshme dhe mund të kërkohet sedatimi duke përdorur agjentë neuroleptikë dhe anestetikë.
- Për shqetësimet hallucinative, agitimin e rëndë ose mospërgjigje nga ngarkimi me benzodiazepinë, konsiderohet:
 - Haloperidol PO/IM, veç benzodiazepinës rregullisht të administruar.
 - Haloperidoli duhet të përdoret me kujdes dhe vetëm afatshkurtër, për shkak të rrezikut të uljes së pragut të konvulsioneve, por mund të jepet herët me ose pas lorazepam-it për ata që janë të rrezikuar për veten ose për të tjerët.

Në tabelën vijuese përshkruhet një version i regjimit me haloperidol:

Doza e haloperidolit për adultë			
Rruga e administrimit	Doza	Frekuenca	Max/24 orë
Orale	500 µg ²⁵ deri 5 mg	çdo 8 deri 12 orë	15 mg
IM/IV	2 deri në 10 mg	çdo 4 deri 8 orë	18 mg
Të moshuar >75 years			
Route	Doza	Frekuenca	Max/24 orë
Orale	500 µg deri në 2.5 mg	çdo 8 deri 12 orë	15 mg
IM/IV	2 deri në 5 mg	çdo 4 deri 8 orë	18 mg

²⁵ microgram

Afeksione hepatike serioze:			
Rruga e administrimit	Doza	Frekuenca	Max/24 orë
Orale	500 µg	çdo 8 deri 12 orë	2 mg

- Për pacientë refraktarë ndaj regjimit të mësipërm sedatues:
 - Mund të jetë i nevojshëm sedatimi nga stafi anestezist në shërbimet shumë të specializuara/shërbimet e terapisë intensive.

-Olanzapine :

Administrim oral

Përdoret si monoterapi ose në kombinim me lithium ose valproate.

Doza fillestare: 10-15 mg/ditë per os.

Doza mbajtëse: 5-20 mg/ditë per os; të mos kalojë 20 mg/ditë

Administrim I.M.

10 mg i.m. (me veprim të shkurtër).

Doza pasuese i.m. deri në 10 mg mund të administrohet 2 orë pas dozës së parë dhe 4 orë pas dozës së dytë të mos kalojë 30 mg/ditë

-Risperidone:

Administrimi oral:

Doza fillestare: 2 mg orale në ditë (dozë unike ose 2x 1mg).

Doza e titrimit: Mund të rritet me 1-2 mg në ditë në interval prej 24 orësh ose më shumë, siç tolerohet.

Doza target: 4 deri në 8 mg në ditë per os.

Doza maksimale: Doza mbi 12 mg në ditë nuk rezulton e efektshme dhe mund të shoqërohet me simptoma ekstrapiramidale dhe efekte të tjera anësore.

Administrimi I.M. (me veprim të gjatë):

Përdoret zakonisht tek pacientët me intolerancë digjестive.

Doza fillestare: 25 mg IM çdo 2 javë

Doza e titrimit: Mund të rritet deri në 37.5 mg ose 50 mg, nëse është e nevojshme; titrimi i dozës duhet të ëndodhë jo më shpesh se çdo 4 javë pasi çirimi i ilaçit fillon 3 javë pas injektimit.

Doza maksimale: 50 mg i.m. çdo 2 javë

Agjentë anti-hipertensivë

Ndërkohë që presioni i lartë i gjakut gjatë tërheqjes së alkoolit është i zakonshëm për shkak të hiperaktivitetit autonom (adrenergjik), ai përgjithësisht zgjidhet spontanisht pas tërheqjes alkoolike dhe zakonisht menaxhohet mirë nga doza të përshtatshme të benzodiazepinëve (shiko në kapitullin përkatës). Në rastet kur presioni i gjakut qëndron dukshëm i lartë (për shembull, mbi 200/130 mmHg) në matje të përsëritura, pavarësisht ngarkesës adekuate të benzodiazepinës, rekomandohet administrimi i betablokuesve (si *atenolol*, *bizoprolol*, *propranolol*).

Konkretizojmë një shembull regjimi me betablokues:

Atenolol

Administrimi oral i betablokuesit: 25-50 mg një herë në ditë mund të rritet deri në 100 mg/ditë. Doza > 100 mg nuk ka të ngjarë të prodhojë përfitime të mëtejshme.

Administrimi i.v.: Dozimet e 1.25 deri në 5 mg çdo 6-12 orë janë përdorur në menaxhimin afatshkurtër të pacientëve të paafër të marrë preparatin per os.

Medikamentet simptomatike

Një varg medikamentesh përdoret zakonisht për të menaxhuar simptoma të ndryshme të tërheqjes alkoolike.

Shembujt përfshijn ë

- *Për cephale*: **acetaminophen**, deri në 1 g. per os, dy herën ëdit ë sipas nevojës;

- *Për nauze/vomitus*: **anti-emetik ë**, për shembull, *metoklopramid* apo proklorperazin ë sipas rastit, me regjimet vijuese:

Metoclopramide Hydrochloride:

Administrimi per os:

Jepet në tablet ë ose suspension, 3x 10 mg nëdit ë (rreth 0.5 mg /kg të peshës trupore nëdit ë). Kohëzgjatja maksimale e rekomanduar e trajtimit është 5 ditë

Administrimi parenteral (mund të aplikohet në rast intolerance digjестive):

Administrohet i.m. ose drejtpërdrejtë IV ose me infuzion, 3x10 mg/24 orë

Në administrimin intravenoz nuk nevojitet hollimi për dozat ≤ 10 mg.

Injektohet me bolus, mbi 1-2 minuta.

Dozimet mbi 10 mg duhet të jenë të holluara dhe të administrohen si infuzion IV (në të paktën 50 ml likid salin, dextrose.....)

Prochlorperazine maleate:

Administrimi oral:

5 deri në 10 mg per os, 3 deri në 4 herën ëdit ë

Doza maksimale: 40 mg /ditë

Administrimi parenteral:

I.M.:

- 5 deri në 10 mg IM, që përsëritet çdo 3 deri në 4 orë sipas nevojës.

Doza maksimale: 40 mg /ditë

IV:

- 2.5 deri në 10 mg injeksion i ngadalshëm IV (me bolus që nuk tejkalon 5 mg/min) ose perfuzion. - Doza më e madhe: 10 mg (dozë vetme); 40 mg/ditë

Rectal:

- Doza e zakonshme: 25 mg per rectum, 2 herën ëdit ë

- Për diarre: *loperamide*, me regjimin vijues:

Doza fillestare e rekomanduar është 4mg (dy cap./tab.) e ndjekur nga 2 mg (një cap./tab.) pas çdo defekimi të paformuar. Doza ditore nuk duhet të tejkalojë 16 mg.

Çrregullimet elektrolitike

Hipokalemia dhe *hypomagnesemia* duhet të korrigjohen duke përdorur *suplement* për os ose, në rast nevojë, parenteral (shtjelluar më sipër).

Hyponatraemia është zakonisht vetëkufizuese dhe nuk duhet të korrigjohet në mënyrë agresive, për shkak të rrezikut të *myelinolizës centrale pontine*.

XI. TRAJTIMI I KOMPLIKIMEVE TË RËNDA TË TËRHEQJES

Komplikimet e rënda të tërheqjes përfshijnë *konvulsionet, halucinacionet dhe deliriumin*.

a. Kriza konvulsive e tërheqjes së alkoolit

Krizat mund të ndodhin si pjesë e STA-së. Alkooli vepron në tru përmes mekanizmave të ndryshëm që ndikojnë në prapësinë e krizës, duke përfshirë rëzjedhjen e *kalciomit* dhe jonit të *kloridit* përmes receptorëve të tipit A glutamat-N-metil (NMDA) dhe gama-aminobutirik A (GABA-A). Përdorimi kronik i alkoolit rezulton në ndryshime adaptive ndaj efekteve të alkoolit dhe kur marrja e alkoolit ndërpritet, pragu i kapjes ulët si një fenomen i “rebound”.

Paraqitja klinike dhe prevalenca

Konvulsionet e tërheqjes së alkoolit zakonisht ndodhin 6 deri në 48 orë pas konsumimit të fundit të alkoolit (rreth 50% mbas 13 deri 24 orë, 90% brenda 48 orëve) dhe zakonisht janë kriza të gjeneralizuara (toniko-klonike). Fillimi i krizave të reja alkoolike lidhet me konsumimin e rëndë të alkoolit.

Krizat e tërheqjes ndodhin kur niveli i alkoolit në gjak bie dhe tek disa alkoolistë me dipendencë

të lartë krizat mund të ndodhin edhe nëse pacienti është ende i intoksikuar ose ka konsumuar alkool pak më përpara dhe niveli i alkoolit në gjak është i lartë (për shembull, mbi 0.10). Rreziku i përsëritjes së krizës brenda 6 deri në 12 orë pas një krize vlerësohet midis 13 dhe 24%. Ndërsa incidenca e statusit epileptik është e ulët, tërheqja e alkoolit është shkaku kryesor i kësaj gjendjeje kërcënuese për jetën.

Prevalenca e krizave të tërheqjes së alkoolit vlerësohet nga 2 dhe 9 % e dipendentëve alkoolikë. Njerëzit që kanë përjetuar një krizë të tërheqjes alkoolike kanë më shumë gjasa të përjetojnë kriza të mëtejshme në episodet e mëvonshme të tërheqjes së alkoolit.

Shkaqe të tjera të krizave tek alkool-pirësit e rëndë

Përdorimi i tepruar i alkoolit mund të kontribuojë gjithashtu në incidencat e krizave përmes kushteve të tjera, ku mund të përfshijmë

- gjendje të caktuara aktuale metabolike, infektive, traumatike, neoplazike ose cerebrovaskulare;
- përdorimi i njëkohshëm i substancave të tjera (veçanërisht benzodiazepinave).

Për më tepër, disa studime sugjerojnë se efektet afatgjata neurotoksike të konsumit të lartë të alkoolit mund të çojnë në epilepsi.

Krizat në këto rrethana mund të jenë atipike, si për sa i përket fillimit ashtu edhe llojit (p.sh. krizë e pjesëshme). Megjithatë, krizat nga shkaqe të tjera mund të paraqiten klinikisht si kriza të tërheqjes alkoolike.

Oasjet farmakologjike për parandalimin e krizave të STA-së

Shqyrtimet sistematike tregojnë se në një episod të tërheqjes benzodiazepinat ndihmojnë në parandalimin e krizave të alkoolit dhe janë efektive në parandalimin e krizave të mëtejshme. **Rekomandohet benzodiazepina me fillimin e shpejtë (të tilla si diazepam, lorazepam).** Gjysm-çeta e gjatë e veprimit të diazepamit përgjithësisht është e preferuar në shumicën e rasteve, megjithatë, një benzodiazepinë me veprim të shkurtër (si lorazepam, midazolam) mund të preferohet kur diagnoza është e paqartë (për shembull, dëmtime të mundshme kraniale) ose për shkak të insuficiencës hepatike të rëndë.

Në STA carbamazepine parandalon krizën e alkoolit në mënyrë efektive, por nuk është efektive në parandalimin e krizave të ardhëshme.

Nuk rezulton të ketë avantazh në përdorimin e antikonvulsantëve ndaj benzodiazepineve për parandalimin e krizave të tërheqjes alkoolike.

Phenytoin dhe *valproate* nuk parandalojnë në mënyrë efektive fillimin e krizës së tërheqjes alkoolike dhe nuk rekomandohen. Roli i antikonvulsantëve të tjerë (siç është *gabapentin*, *topiramate*) ende nuk është demonstruar (edhe pse veprimet e tyre GABA ergjike sugjerojnë se ato mund të jenë të dobishme, ato nuk janë të rekomanduara në këtë fazë).

Parandalimi i krizave tek pacientët që nënshtrohen tërheqjes alkoolike është i vijon:

- Për pacientët pa histori paraprakë të krizave dhe jo në tërheqje alkoolike të rëndë, rekomandohet një regjim me diazepam *symptomë-bazuar* ose me *program të caktuar* (shih më sipër).
- Për pacientët me histori paraprakë të krizave ose në tërheqje tërëndë të alkoolit, rekomandohet ngarkimi i diazepamit (20 mg çdo 2 orë deri në 60-80 mg ose pacienti i sedatuar lehtë) dhe zvogëlimi i dozave nëditë të mëvonshme (shiko më poshtë).

Vlerësimi dhe menaxhimi i krizave konvulsive tek alkool-pirësit e rëndë

Alkool-pirësit e rëndë të pranishëm në shërbime shëndetësore spitalore apo ambulatorë pas një krize mund të paraqesin një dilemë diagnostike për klinikistët. Diagnostikimi për krizë të tërheqjes së alkoolit është një nga përjashtimet e shkaqeve të tjera të krizave.

Një krizë e tërheqjes alkoolike mund të diagnostikohet nëse nuk ka asnjë nga kriteret vijuese:

- shënja klinike ose dyshimi për shkaqe të tjera të krizave (të tilla si dëmtimi i kokës, metabolike, infektive, neoplazike, çrregullime cerebrovaskulare);
- anamnezë pa kriza paraprakë;
- kriza fokale (parciale);
- kriza që ëndodhin mbas më shumë se 48 orë nga alkool-pirja e fundit;
- mungesë alkool-pirjeje tërëndë dhe e veçorive të tjera të tërheqjes alkoolike.

Tabela vijuese përkrahon shënjat dhe simptomat post-ictus që dallojnë krizën epileptike me atë alkoolike²⁶:

SHËNJAT DHE SIMPTOMAT DALLUESE TË KRIZËS EPILEPTIKE ME ATË ALKOOLIKE		
Shënjat/Simptomat	Kriza epileptike	Kriza e STA
Situata emotive	I qetë	Ankth/Axhitim
Tremor	Jo	Po
Diaphoresis	Jo	Po
Presioni i gjakut/Pulsi	Normal	I rritur
Gjendja febrile	Normale/Subfebrile	Gjendje febrile < 38.5° C
Gjaku arterial	Normal	Alkaloz ërespiratore
EEG	Patologjike (karakteristike)	Normale/Amplitudë e ulët

Ekzaminimet duhet të përfshijnë

- Imazhe të trurit (si CT, MRI);
- Analizat biokimike, përfshirë edhe vlerësimin e pranisë së alkoolit në frymëzime/gjak;
- Uro-test për droga;
- EEG.

Ndërkohë kryhen edhe:

- Monitorimi i rregullt i pacientit, përfshirë shënjat vitale, vlerësimin e shkallës së tërheqjes alkoolike (p.sh., çdo 1-2 orë), observimi neurologjik.

²⁶ Burimi: EFNS (European Federation Neurological Taskforce)

- Kujdes mbështetës, trajtim infermierik strikt në mjedis të qetë (larg stimujve sensorë të mbipragut), rehidratim.

Kriza të përsëritura ndodhin mesatarisht tek rreth ¼ e pacientëve që përjetojnë një krizë konvulsive të tërheqjes alkoolike.

Kur tanimë pacienti është diagnostikuar me krizë konvulsive të tërheqjes alkoolike, atij duhet t'i administrohen benzodiazepine për të parandaluar kriza të mëtejshme.

Regjimi tipik duhet të përfshijë:

- *diazepam* (10-20 mg per os)
- *lorazepam* (1-2 mg per os), nëse klinici është i shqetësuar për funksionin respirator ose neurologjik ose
- *midazolam* (2-10 mg infuzion intravenoz), nëse kërkohet trajtim parenteral dhe i nënshtrohet monitorimit të drejtpërdrejtë të përgjigjes, rrugëve respiratore dhe saturimit.

Kur diagnoza e krizës së tërheqjes së alkoolit mund të përcaktohet qartë, rekomandohet plani i mëposhtëm i menaxhimit:

- Pranimi për STA-në në një shërbim me mjedis të mbikëqyrtur për të paktën 48 deri në 72 orë
- Monitorim i rregullt, duke përfshirë shenjat vitale, shkallën e tërheqjes alkoolike dhe vëzhgime neurologjike;
- Administrim i *thiaminës* (100 mg tri herë në ditë, i.m. ose i.v.) para karbohidrateve;
- Menaxhimi mbështetës, duke përfshirë infermierinë në një mjedis të qetë (larg stimujve të tepërtdijorë) dhe rehidratim;
- Ngarkesë me diazepam për të parandaluar kriza të mëtejshme të tërheqjes alkoolike. *Diazepam-i* (20 mg) duhet të administrohet çdo 2 orë duke arritur një dozë të përgjithshme prej 60-80 mg diazepam gjatë 6-8 orëve të para ose deri në sedacion të lehtë të pacientit.
- Pacienti duhet të rishikohet nëse kërkon më shumë se 80 mg *diazepam* për të përmirësuar tërheqjen ose për të arritur sedacion. Në ditët e mëvonshme, reduktimi i dozave të diazepamit mund të administrohet për të pakësuar shqetësimet e tërheqjes (për shembull, dozë totale 40 mg në ditë në ditë, 20 mg gjithsej në ditë në ditë).
- Nëse klinici është i shqetësuar për akumulimin e benzodiazepinës që vepron gjatë mund të përdoret *lorazepam* (ose *oksazepam*).

- Nëse pacienti zhvillon kriza të zgjatura ose të përsëritura:
 - Jepet lorazepam 2-4mg IV si një dozë e vetme (përveç benzodiazepinës ekzistuese);
 - Hollohet me ujë 1:1 për injeksion;
 - Përsëriteni me një dozë të dytë pas 15 minutash nëse kërkohet.
- *Carbamazepina* parandalon në mënyrë efektive krizat e tërheqjes alkoolike tek dipendent të alkoolikë, por nuk parandalon efektivisht krizat e përsëritura ose fillimin e deliriumit të tërheqjes së alkoolit dhe prandaj në përgjithësi nuk rekomandohet.

***b.* Halucinacionet**

Pacientët mund të përjetojnë halucinacione ose shqetësime të tjera perceptuese në çdo moment të fazës së tërheqjes së alkoolit.

Prezantim klinik

Halucinacionet mund të jenë vizive, taktile ose auditive. Ndryshimet perceptuese taktile përfshijnë cimbime, mpirje, “miza”, prurit, djegie.

Halucinacionet mund të shoqërohen me paranojë, deluzion, axhitim, ankth, disfori....

Prania e tyre gjatë tërheqjes paraqet një simptomë patognomonike, që në përgjithësi do të garantonte pranimin në një strukturë të përshtatshme terapeutike (të tilla si shërbime psikiatrike ose detoksifikuese), të aftë për të realizuar trajtimin e kërkuar.

Vlerësimi dhe monitorimi

Nevojitet një vlerësim i plotë psikiatrik në mënyrë që të përjashtohen sëmundjet psikiatrike. Halucinacionet e lidhura me tërheqjen përbëjnë një ndër simptomat e rëndësishme të sindromës së tërheqjes alkoolike dhe shkaqe të tjera duhet të konsiderohen nëse kuadri nuk përputhet me tërheqjen alkoolike (shih më poshtë 'halucinozën alkoolike').

Kur shfaqen halucinacionet e lidhura me tërheqjen, rekomandohet plani vijues i menaxhimit:

- monitorimi frekuent (duke përfshirë parametrat fizikë, ashpërsinë e tërheqjes) dhe mbikëqyrja kërkohen për të siguruar pacientin nga dëmtimi i vetes ose i të tjerëve;

- të sigurohet hidratimi adekuat përmes likideve per os (dhe intravenoz nëse është e nevojshme);

- Pacienti duhet të menaxhohet në një dhomë të qetë, me stimuj minimalë perceptivë (shih 'kujdesin mbështetës' më sipër).

Mjekimi

Halucinacionet e STA-së duhet të trajtohen në kontekstin e trajtimit të përgjithshëm të tërheqjes së alkoolit. Trajtimi fillohet me përdorim të kujdesshëm të benzodiazepineve orale ose intramuskulare. Lorazepam-i (Ativan) në 1-2 mg ose klordiazepoksid-i (Librium) në 25-50 mg PO ose IM përdoren shpesh të orientuar nga vlerësimi CIWA. Doza e benzodiazepinës teprohet (ulet gradualisht) gjatë 5-7 ditëve të ardhshme.

Studimet kanë treguar rezultate premtuese nga alternativat jo-benzodiazepine për të trajtuar me sukses tërheqjen e alkoolit.

Në rastet kur pacientët rrezikojnë të dëmtojnë vetveten ose të tjerët, duhet të fillojë një qetësim i shpejtë me një preparat antipsikotik potent, të tillë si haloperidol (Haldol) në 5-10 mg PO ose IM, të dhëna shpesh me antikolinergjikë, benzatropin (Cogentin) (1-2 mg) ose difenhidraminë (Benadryl) (25-50 mg); të dyja mund të jepen PO ose IM për të parandaluar efektet negative ekstrapiramidale.

Medikamentet antipsikotike nuk duhet të përdoren vetëm (d.m.th., pa ngarkimin e përshtatshëm të benzodiazepinës), pasi ato nuk e parandalojnë në mënyrë adekuate fillimin e deliriumit të tërheqjes alkoolike dhe mund të ulin prapën e krizës.

Hallucinoza alkoolike

Përdorimi kronik i alkoolit mund të rezultojë në një çrregullim organik psikotik, më së shpeshti me karakteristika hallucinatorë (hallucinoza alkoolike), gjë që mund të jetë e vështirë për t'u dalluar nga shkaqet e tjera të psikozës. Hallucinoza ndodh në rreth 25 për qind të pacientëve të hospitalizuar të cilët kanë pëirë shumë alkool për të paktën 10 vjet.

Ndryshe nga deliriumi i tërheqjes së alkoolit, pacienti do të ketë një sensorium të qartë gjatë hallucinozës alkoolike, por zakonisht ata do të përjetojnë hallucinatione auditive (ndoshta edhe hallucinatione vizive ose keqperceptime) dhe mani persekutive gjatë kohës së pirjes. Hallucinatione të tilla mund të vazhdojnë gjatë tërheqjes dhe mund të gabohen për hallucinatione të tërheqjes alkoolike.

Trajtimi me medikamente antipsikotike rekomandohet nëse simptomat janë shqetësuese derisa të arrihet një abstinencë afatgjatë dhe simptomat të përmirësohen. Prognoza tek këta pacientë zakonisht është e mirë nëse abstinencia afatgjatë ruhet, ndonjë minoritet (10-20%) do të zhvillojë një sindrom kronik të ngjashëm me skizofreninë.

C. Deliriumi i tërheqjes alkoolike, klinika dhe prevalenca

Deliriumi i tërheqjes alkoolike ose delirium tremens paraqitet zakonisht me qregullime të koshiencës, konjutive dhe perceptive. Deliriumin mund ta shkaktojnë edhe një numër kushtesh shëndetësore, ku mund të përfshihen ato metabolike, infektive, toksike dhe traumatike.

Deliriumi i tërheqjes alkoolike zakonisht fillon 2-3 ditë pas pirjes dhe zakonisht zgjat 2 deri 3 ditë, edhe pse në raste të rënda mund të vazhdojë për disa javë.

Studimet e tregojnë se incidenca e delirit të tërheqjes së alkoolit tek pacientët me varësi të alkoolit është 1-2% dhe vdekshmëria me përpunim në menaxhim është më pak se 1%.

Tiparet klinike shoqëruese shpesh përfshijnë hiperaktivitet autonomik, të tilla si hyperpyrexia, takikardia, hipertension dhe diaphoresis.

Kushtet shëndetësore shoqëruese janë të zakonshme dhe mund të mos jenë të dukshme ose të vetëraportuara. Këto mund të përfshijnë dehidrimin, anomalitë e elektroliteve, insuficiencë renale, traumë kraniale e panjohur, infeksionet (duke përfshirë meningitin), hemoragjinë gastrointestinale, pankreatitin dhe insuficiencën hepatike.

Menaxhimi

Qëllimi fillestar i trajtimit të pacientëve me delirium të tërheqjes alkoolike është kontrolli i axhitimit. Kontrolli i shpejtë i axhitimit zvogëlon incidencën e ngjarjeve pasuese të padëshirueshme.

Monitorimi dhe vlerësimi

Nevojitet një vlerësim i plotë mjekësor me qëllim identifikimin e komplikacioneve të deliriumit të tërheqjes alkoolike (siç janë qregullimet elektrolitike) dhe kushteve shëndetësore shoqëruese.

Monitorimi dhe mbikëqyrja e ngushtë janë kushte të nevojshme për ta siguruar pacientin nga dëmtimi i vetes ose i të tjerëve.

Shenjat vitale (si pulsi, presioni i gjakut, temperatura) duhet të monitorohen shpesh.

Pacienti duhet të menaxhohet në një dhomë të qetë me stimuj minimalë sensorë. Ndriçimi dhe objektet orientuese në mjedisin e trajtimit (si p.sh., ora dhe/ose kalendari) mund të zvogëlojnë disorientimin karakteristik.

Likidet intravenoze dhe suplementë nutritivë

Dehidrimi duhet korrigjuar përmes hidratimit intravenoz.

Anomalitë elektrolitike duhet të korrigjohen. Shpesh tek pacientët me delirium të tërheqjes alkoolike raportohet në veçanti hipomagnesemia dhe administrimi i magnezit mund të ndihmojë në reduktimin e aktivitetit të shtuar neuromuskular dhe axhitimit.

Mund të kërkohet monitorimi i marrjes dhe eliminimit të lëngjeve.

Moment të rëndësishëm për administrimin parenteral të thiaminës (të paktën 300 mg thiaminë ditore, i.v. ose i.m.), duke pasur parasysh dhënien e saj para se të administrohet glukozë intravenoze (glukozë intravenoze mund të precipitohet nëse ka mungesë e thiaminës).

Mjekimi

Benzodiazepinat, meqenëse kanë më pak efekte anësore sesa neuroleptikët, rekomandohen si barna primare në menaxhimin e deliriumit të tërheqjes alkoolike, duke ulur kohëzgjatjen e tij dhe reduktuar ndjeshëm incidencat letale.

Praktika dhe studimet sugjerojnë regjimin vijues ndaj situatave me delirium:

Duhet të përdoren benzodiazepina me veprim të shpejtë. Diazepam-i oral vepron shpejt (brenda 1 ore) dhe është i lehtë për t'u administruar në shumicën e mjediseve të trajtimit. Diazepam-i intravenoz (me bolus) gjithashtu mund të përdoret kur axhitimi duhet të kontrollohet shpejt, pa nevojën për një infuzion intravenoz (që zakonisht nevojitet nëse përdoren benzodiazepina me veprim të shkurtër, të tilla si midazolam-i).

Benzodiazepinat me veprim të gjatë (të tilla si diazepam-i) sigurojnë një lehtësim dhe minimizim të simptomave, të shpejtë dhe të zgjatur.

Benzodiazepinat me veprim të shkurtër kërkojnë infuzion intravenoz dhe duhet të përdoren vetëm në mjediset spitalore me kapacitet për monitorim strikt (si shërbimet e terapisë intensive, shërbime adiktive shumë të specializuara....).

Duhet të përdoren benzodiazepina me veprim të shkurtër (të tilla si lorazepam-i, oksazepam-i, midazolam-i), kur mjekët janë të shqetësuar rreth sedacionit të zgjatur, siç janë të moshuarit, trauma recente kraniale, insuficiencë hepatike ose sëmundje të tjera serioze.

Nga sa më sipër, rekomandohet që

- Qëllimi i mjekimit të jetë arritja dhe ruajtja e sedacionit të lehtë, në të cilin pacienti është zgjuar, por tenton të bjerë në gjumë nëse nuk stimulohet ose është në gjumë dhe zgjohet lehtësisht.
- Doza dhe regjimi duhet të titrohen individualisht për secilin pacient, pasi ekziston një variacion i konsiderueshëm në nevojat për mjekim.

- Benzodiazepinat t'ëjen ë vija e par ëe trajtimit

-Diazepam 20 mg/n ë or ë per os, deri n ë somnolenc ë Doza m ë e madhe se 80 mg zakonisht nevojitet. Sapo t ë arrihet sedacioni, dozat follow-up prej 20 mg çdo 6 or ë duhet t ë vazhdojn ë derisa deliriumi t ë dominohet.

-Diazepam intravenoz duhet t ë p ërdoret n ëse pacienti nuk ësh t ë n ë gjendje t ë marr ë terapin ë per os ose nevojitet sedacion m ëi shpejt ë Doza duhet t ë administrohet çdo 5 deri n ë 10 minuta derisa t ë arrihet sedacion i leht ë Doza fillestare ësh t ë 5 mg diazepam dhe n ëse nuk arrihet sedacion adekuat, doza rritet n ë 10 mg. Pasi arrihet sedacioni, pacienti mund t ë rifilloj ë mjekimin nga goja ose t ë vazhdoj ë diazepam intravenoz 5-10 mg 1 deri n ë 2 or ë sipas nevojës.

-Midazolam intravenoz (p ër shembull, 2 deri n ë 5 mg) duhet t ë p ërdoret n ëse klinicisti ësh t ëi shqetësuar p ër mbisedacion nga ngarkimi me diazepam tek pacient ët q ë jan ë t ë moshuar dhe/ose kan ë s ëmundje t ë r ënda, d ëntime recente kraniale ose insuficinc ë t ë m ël çis ë

-Midazolami ësh t ë veprim-shkurt ër dhe k ërkon infuzion intravenoz n ë mjedise t ë monitoruara nga af ër (si *Nj ësit ë e Terapis ë Intensive* dhe *Sh ërbimet Adiktive* shum ë t ë specializuara).

Antipsikotik ë duhet t ë p ërdoren si preparate n ë linj ën e dyt ë n ë kontrollimin e agjitimit t ë t ërheqjes alkoolike, si nj ë ndihmes ë (jo z ëvendësuese) e dozave adekuate t ë benzodiazepinave. Ende nuk ka t ë dh ëna t ë mjaftueshme q ë tregojn ë superioritetin e barnave t ë ndryshme antipsikotike; praktikuesit duhet t ë p ërdorin medikamente me t ë cilat ata jan ë m ë t ë njohur. Agjent ë m ë t ë rinj antipsikotik ë (t ë till ë si risperidon, olanzapin ë) kan ë nj ë profil m ë t ë mir ë t ë siguris ë Shembuj t ë regjimeve p ërfshijn ë ato me *Haloperidol*, *Olanzapine*, *Risperidon*... (p ërshkruar ne kapitullin "Medikamentet Antipsikotike").

XII. ENCEFALOPATIA WERNICKE

Encefalopatia Wernicke ësh t ë nj ë form ë e d ëntimit cerebral akut q ë rezulton nga mungesa e thiaminës (vitamina B1) q ë ndodh m ë s ë shpeshti tek alkoolist ë kronik ë Tek dependent ë alkoolik ë mungesa e thiaminës ndodh p ër shkak t ë konsumimit t ë dob ët t ë ushqimit dhe/ose malabsorbimit intestinal (rreth 3 her ë m ëi vog ël se tek subjektet normale).

Encefalopatia Wernicke nuk është një komplikacion i tërheqjes, por zakonisht identifikohet në prezantimet akute spitalore, duke përfshirë edhe pacientët që paraqiten me tërheqje alkoolike. Ajo mund të bashkekzistojë dhe duhet të dallohet nga tërheqja akute e alkoolit, encefalopatia hepatike dhe shkaqe të tjera të konfuzionit.

Encefalopatia Wernicke fillimisht është e kthyeshme, por nëse nuk trajtohet ose trajtohet pamjaftueshëm, mund të çojë në *Sindromin Korsakoff*²⁷, një gjendje kronike dhe paaftësie e karakterizuar nga humbja e rëndë afatshkurtër e kujtesës dhe aftësi e dëntuar për të marrë informacion të ri që shpesh paraqet me iluzione kompensuese.

Përafërsisht një e katërta e pacientëve me Encefalopatia Wernicke shërohen tërësisht nëse trajtohen përshtatshëm, një e katërta tregojnë përmirësim të ndjeshëm, një e katërta shërohet vetëm pjesërisht dhe një e katërta nuk tregojnë përmirësim me kalimin e kohës. Përafërsisht një e katërta kërkon kujdes afatgjatë institucional. Është e domosdoshme që trajtimi të fillohet herët, pasi vonesat në trajtim mund të përkeqësojnë prognozën e pacientit.

Prezantimi klinik dhe diagnoza

Treshja klasike e Encefalopatisë Wernicke është

- Konfuzion (që vlerësohet të endodhën në 80% të rasteve)
- Ataxi (rreth 20% deri në 25% të rasteve)
- Simptoma të disfeksioneve okulare, të tilla si nystagmus²⁸ ose ophthalmoplegia²⁹ (rreth 30% të rasteve).

Simptomat okulare mund të përfshijnë gjithashtu paralizën bilaterale të nervit të 6-të³⁰, strabismus, anomalitë pupilare, hemoragji retinale, ptosis.

²⁷ Një përqindje e lartë e pacientëve me WE akute që mbijetojnë zhvillojnë WKS të karakterizuar nga amnezi retrograde, potencialisht të pakthyeshme dhe amnezi anterograde shoqëruar shpesh me shkallët e ndryshme të deficienave të tjera konjitive.

²⁸ Simptoma kryesore e nystagmus është lëvizja e shpejtë dhe e pakontrolluar e syve. Zakonisht lëvizja është nga njëri ekstrem në tjetrin (nystagmus horizontal, karakteristik për WE-në). Gjithashtu mund të jetë e lartë dhe poshtë ose rrethore. Lëvizja mund të variojë ngadalë dhe shpejt dhe zakonisht ndodh në të dy sytë. Përveç lëvizjes së shpejtë të syve, simptomat e nystagmus përfshijnë fotosensibilitet, marramendje, vështirësi për të parë në errësirë probleme të vizionit, mbajtja e kokës në një pozicion të këthyer ose të pjerrtë.

²⁹ Ophthalmoplegia është disfunktion okular karakterizuar nga një paralizë e muskujve okularë ekstrinsekë dhe intrinsekë që pengon lëvizjet e vetë bulbit okular, duke përfshirë lëvizjet e pavullnetshme të akomodimit. Shkaqet mund të jenë traumatike, nga karencat tiaminike, sëmundje infektive, botulizmi, leziona vasculare, miopati të tumoret....

Simtoma t'etjera mund t'ejene

- Hypotension, takikardi, anomali në EKG
- Dyspnea në efort, simptoma të insuficiencës kardiake kongjестive
- Hipotermi
- Simptoma të Beriberi siccum / humido³¹
- Koma

Vetëm një pakicë e pacientëve me Encefalopati Wernicke (vlerësuar në 10%) shfaq të tre shenjat njëkohësisht. Në raste të rralla Encefalopatia Wernicke e patrajtuar mund të rezultojë në hipotermi, hipotension, koma dhe vdekje.

Diagnoza e Encefalopatisë Wernicke kërkon një indeks të lartë të dyshimeve tek alkool-pirësit e rëndë ose kronikë veçanërisht nëse kanë ndonjë veçori klinike (të tilla si dëmtimi i kujtesës) në përputhje me Encefalopatinë Wernicke ose Sindromin Korsakoff.

Pacientët e dyshuar për Encefalopati Wernicke ose Sindrom Korsakoff duhet të vlerësohen për forma të tjera të dëmtimit të trurit të lidhura me alkoolin, sikurse demencia.

- Karakteristikat klinike të Encefalopatisë Wernicke mund të keqinterpretohen si intoksikacion alkoolik, tërheqje, plagosje në kokë ose shkaqe të tjera të konfuzionit tek alkool-pirjet e rënda.
- Përderisa nuk ekzistojnë teste diagnostike rutinë, specifike për Encefalopatinë Wernicke, MR-ja³² zakonisht mund të zbulojë ndryshime simetrike në korpuset mammillare, thalamusin medial, tectum dhe zonën periaqueductale të substancës gri.

Parandalimi dhe trajtimi i Encefalopatisë Wernicke

³⁰ Nervi abducens, përgjegjës për shkaktimin e tkurrjes së muskujve lateralë erectus abductor oculi (për shikim anësor).

³¹ *Beriberi siccum* afekton sistemin nervor periferik dhe mund të çojë në ulje të forcës kontraktuese muskulare deri në paralizë muskulare. *Beriberi humido* afekton zemrën dhe sistemin cirkulator dhe në raste ekstreme mund të shkaktojë insuficiencë kardiake. Beriberi mund të jetë kërcënues për jetën nëse nuk trajtohet.

³² Magnetic resonance imaging

Të gjithë alkool-pirësit e rëndë ose kronikë duhet të konsiderohen në rrezik potencial të zhvillimit të Encefalopatisë Wernicke. Duke pasur parasysh se shumë pacientë me Encefalopatinë Wernicke janë të padiagnostikuar dhe se thiamina është e sigurt dhe jo e kushtueshme, të gjithë pacientët që i nënshtrohen tërheqjes së alkoolit duhet të trajtohen me thiaminë për të parandaluar Encefalopatinë Wernicke. Dhe duke pasur parasysh pasojat serioze klinike të mostrajtitimit të Encefalopatisë Wernicke, të gjithë pacientët me ndonjë simptomë të Encefalopatisë Wernicke duhet të trajtohen për Encefalopati Wernicke të mundshme.

Profilaksia

Për pacientët që nuk shfaqin karakteristika klinike të Encefalopatisë Wernicke ose dëmtim të kujtesës, thiamina rekomandohet si masë profilaktike.

- Edhe pse nuk ka ende definicione të sakta mbi terapinë me thiaminë, klinicistët pranojnë faktin e domosdoshmërisë së administrimit të dozave të larta të kësaj vitamine për të parandaluar tek këta pacientës ëmundje serioze neuro-cerebrale.
- Pacientëve të shëndetshëm, pa karencë dietetike, mund t'u administrohet thiaminë per os, zakonisht 3 x 100 mg në ditë për 3 deri në 5 ditë dhe mbahet me 100 mg thiaminë orale për 4 deri në 9 ditë të tjera (gjithsej 1 deri 2 javë thiaminë nga goja).
- Alkool-pirësve kronikë me karencë dietetike dhe situatë të përgjithshme nutritive të dobëta duhet t'u administrohen doza parenterale të thiaminës (për shkak të absorbimit të dobët intestinal të thiaminës orale). Doza e rekomanduar e thiaminës tek këto subjekte është 300 mg i.m. ose i.v. në ditë për 3 deri në 5 ditë (i.v. jepet e holluar në 50-100 ml sol. fiziologjik, me kohëzgjatje për rreth 30 min.) dhe mbahen me 3x100 mg thiaminë në ditë per os për disa javë.
- Përgjithësisht konsumuesit kronikë të alkoolit shoqërohen me koagulopati, duke bërë kështu injeksionin intramuskular të pasigurt.
- Thiamina duhet të jepet para likideve me karbohidrate (siç është glukoza intravenoze perfuzive), pasi karbohidratet mund të shkaktojnë utilizim të shpejtë të thiaminës dhe precipitim në *Encefalopatinë Wernicke*.
- Të korrigjohen qregullimet elektrolitike, veçanërisht hypomagnesemia.

Trajtimi

Fillimi i hershëm i trajtimit është imperativ, pasi vonesat në trajtim mund të përkeqësojnë prognozën e pacientit. Të gjithë alkool-pirësit e rëndë që shfaqin ndonjë simptomë të Encefalopatisë Wernicke (si konfuzioni, ataxia, shenjat okulare, koma, dëntimi i kujtesës, hipotermia me hipotension apo delirium tremens) duhet të trajtohen sikurse të ishte instaluar tanimë Encefalopatia Wernicke (edhe nëse kemi intoksikim).

- Thiamina duhet të jepet para çdo ngarkese me karbohidrate (për shembull, glukozë intravenoze).
- Trajtimi i menjëhershëm i Encefalopatisë Wernicke me regjim thiamine 500 mg i.v., 3 x në ditë për 2 deri në 3 ditë, holluar në 50-100 ml sol. fiziologjik, dhënë për 30 minuta; për 3 deri në 5 ditë në vazhdim 300 mg në ditë i.v., 3 x në ditë (holluar në 50-100 ml sol. fiziologjik, dhënë për 30 minuta) ose per os, 3 x në ditë x 100 mg; thiaminë 100 mg p.o. 3 x në ditë për pjesën tjetër të qëndrimit spitalor dhe gjatë trajtimit ambulator.
- Rruga intramuskulare nuk duhet të përdoret për pacientët me koagulopati.
- Të korrigjohen çrregullimet elektrolitike, përfshirë hypomagneseminë (shtjelluar më sipër).

DIAGNOZA DHE MJEKIMI I ENCEFALOPATISË WERNICKE

Mjekimi i alkoolistëve me tërheqje, varësisht simptomave neuropsihike

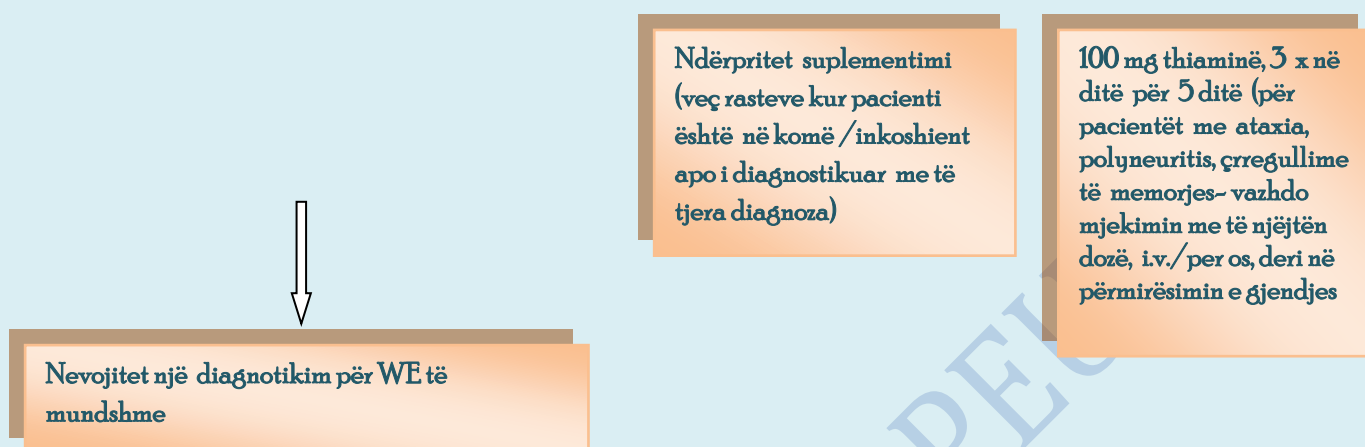
Pacient me histori të abuzimit alkoolik, me një ose më shumë nga simptomat e pashpjegueshme vijuese

- Ophthalmoplegia
- Ataxia (jo gjatë intoksikimit alkoolik)
- Konfuzion akut (jo gjatë intoksikimit alkoolik)
- Çrregullime të memorjes
- Koma/inkoshiencë
- Hipotension i pashpjegueshëm dhe

Administrim i një minimumi prej 500 mg thiamine hydrochloride i.v., 3 x në ditë, për 2-3 ditë; Thiamina hollohet me 50-100 ml sol. salin dhe infuzionohet për mbi 30 min. Kontrollohet niveli i Mg⁺⁺

Nuk përgjigjet

Përgjigjet



XIII. MORBUS MARCHIAFAVA BIGNAMI

Etio-patogeneza

Morbus Marchiafava Bignami (MBD), nuk haset shpesh dhe prek kryesisht të moshuarit, por fakti që më shumë se 90 % e pacientëve me këtë sëmundje janë alkool-dipendentë (me probabilitet edhe në incidencat e STA-s) gjykoj se do të justifikonte përkrahimin në këtë punim.

MBD definohet si patologji e shkaktuar nga demyelinizimi karakteristik i corpus callosum. Shkaku real i sëmundjes Marchiafava Bignami vazhdon të jetë i paqartë. Alkoolizmi duket të përbëjë faktorin kryesor riskioz të kësaj patologjie, edhe pse rrallë është hasur edhe në individë jo alkoolikë. Dyshohen faktorë ushqyes, por edhe studimet e kohëve të fundit nuk kanë mundur të veçojnë ndonjë lëndë ushqyese specifike. Ndër shkaqet e tjera më të mundshme do të përfshinin çrregullimet elektrolitike, toksicitetin direkt të etanolit apo substancave të tjera.....

Simptomatika

Shumica e individëve të diagnostikuar me sëmundjen Marchiafava Bignami kanë anamnezë lidhur me alkoolizmin dhe malnutricionin. Simptomat e hershme mund të përfshijnë depresion, paranojë, psikozë ose demencë. Konvulsionet përbëjnë shfaqje patognomonike të kësaj patologjie, shoqëruar shpesh edhe me abnormalitet lokomotor (hemiparesis, afasia, ataksi). Jo rrallë klinika mund të progredojë në koma dhe /apo vdekje.

Trajtimi

Trajtimi duhet të përqendrohet në përgjithësi në mbështetjen ushqimore dhe rehabilitimin nga alkoolizmi (kur ai është i pranishëm). Trajtime të ndryshme, duke përfshirë ato që zakonisht përdoren në përgjithësi ndaj alkoolizmit, jo në pak raste nuk japin efektin e duhur. *Terapia më e zakonshme është ajo vitaminike me thiaminë dhe vitamina të tjera B, veçanërisht vitamina B-12 dhe folatet* (pa specifik administrim nga ato të përkrahura në terapitë e mësipërme vitaminike). Megjithatë, asnjë trajtim i provuar nuk është ende i disponueshëm. Rekomandohet që individët që i mbijetojnë sëmundjes, të trajtohen për rehabilitimin, si edhe mundësisht të mbështeten me programe këshilluese /sjellore për alkoolin dhe ushqimin.

XIV. PROGNOZA PAS TRAJTIMIT TË STA-SË

Pacientët mund të ankohen për pagjumësi të vazhdueshme dhe simptoma autonome për disa muaj pas fazës së tërheqjes akute. Këto simptoma zakonisht zgjasin rreth 6 muaj. Afërsisht 50% e pacientëve që ndërrojnë abstinencë për rreth një vit.

Parandalimi i relapsit mund të arrihet përmes programeve trajtuese farmako-terapeutike³³, kombinuar me mbështetje psikoterapeutike³⁴, pa nënvlerësuar edhe terapitë e mundshme alternative³⁵, adjuvante.

³³ Opsionet farmakoterapeutike gjerësisht të aplikuara janë ato me disulfiram, naltrexone, acamprosate (tanimë të praktikuar edhe nga shërbimet tona përkatëse spitalore/rezidenciale, si edhe ambulatorisht).

³⁴ Ndër modalitetet më efektive dhe gjerësisht të aplikuara të psikoterapisë rezultojnë terapia sjellore konjitive, terapia sjellore dialektike, intervistimi motivues, terapia e grupit, terapia familjare dhe në çift...

³⁵ Ndër modalitetet e njohura të terapive alternative do të veçohim meditimin, akupunkturën, yoga-n, herbal terapinë këshillimin nutricional, etj.

Një rol të padiskutueshëm në ruajtjen e abstinencës dhe respektimin e programeve terapeutike rehabilituese nga abstinenti i alkoolikë, por edhe në riintegrimin social të tyre, luajnë strategjitë e asistencës sociale.

XV. SHTOJCË :

i. TESTET MË TË PRAKTIKUARA PËR IDENTIFIKIMIN E KEQPËRDORIMIT TË ALKOOLIT :

PYETËSOR MBI ASHPËRSINË E VARËSISË ALKOOLIKE (SADQ)³⁶

EMRI _____ MOSHA _____ Nr. _____

DATE: _____

³⁶ SADQ- Severity of Alcohol Dependence Questionnaire

Ju lutemi t'ë kujtoni një periudhë tipike të alkool-pirjes së rëndë në 6 muajt e fundit.

Kur ishte kjo? Muaji: _____ Viti _____

Ju lutemi, përgjigjuni të gjitha pyetjeve të mëposhtme rreth pijes tuaj duke qarkuar përgjigjen tuaj më të përshtatshme.

Përgjigjet për secilën pyetje janë vlerësuar në katër shkallë pikësh, përkatësisht: 0, 1, 2, 3

Gjatë periudhës së alkool-pirjes së rëndë

Pyetja	Përgjigja	Pikët
1. Një ditë pas pirjes së alkoolit, u zgjova në mëngjes i/e djersitur.	POTHUAJSE KURRË	0
	NDONJËHERË	1
	SHPESH	2
	POTHUAJSE GJITHNJË	3
2. Një ditë pas pirjes së alkoolit, u zgjova në mëngjes me dridhje të duarve.	POTHUAJSE KURRË	0
	NDONJËHERË	1
	SHPESH	2
	POTHUAJSE GJITHNJË	3
3. Një ditë pas pirjes së alkoolit, mospirja e një pije alkoolike në mëngjes është më shkaktoi dridhje të forta të trupit	POTHUAJSE KURRË	0
	NDONJËHERË	1
	SHPESH	2
	POTHUAJSE GJITHNJË	3
4. Një ditë pas pirjes së alkoolit, u zgjova në mëngjes i/e qullur në djersje	POTHUAJSE KURRË	0
	NDONJËHERË	1
	SHPESH	2
	POTHUAJSE GJITHNJË	3
5. Një ditë pas pirjes së alkoolit, kisha frikë të qohesha nga shtrati në mëngjes	POTHUAJSE KURRË	0
	NDONJËHERË	1
	SHPESH	2
	POTHUAJSE GJITHNJË	3
6. Një ditë pas pirjes së alkoolit, ndjehesha i/e frikësuar nga takimi me njerëzit në mëngjes.	POTHUAJSE KURRË	0
	NDONJËHERË	1
	SHPESH	2

	<i>POTHUAJSE GJITHNJË</i>	3
7. Njëdit ëpas pirjes sëalkoolit, kur u zgjova ndjehesha “i/e dërmuar” moralisht.	<i>POTHUAJSE KURRË</i>	0
	<i>NDONJËHERË</i>	1
	<i>SHPESH</i>	2
	<i>POTHUAJSE GJITHNJË</i>	3
8. Njëdit ëpas pirjes sëalkoolit, ndjehesha shumë i/e frikësuar kur u zgjova.	<i>POTHUAJSE KURRË</i>	0
	<i>NDONJËHERË</i>	1
	<i>SHPESH</i>	2
	<i>POTHUAJSE GJITHNJË</i>	3
9. Njëdit ëpas pirjes sëalkoolit, dëshiroja të pija alkool në mëngjes.	<i>POTHUAJSE KURRË</i>	0
	<i>NDONJËHERË</i>	1
	<i>SHPESH</i>	2
	<i>POTHUAJSE GJITHNJË</i>	3
10. Njëdit ëpas pirjes sëalkoolit, gjithnjë i kthej pijet e para alkoolike me eks.	<i>POTHUAJSE KURRË</i>	0
	<i>NDONJËHERË</i>	1
	<i>SHPESH</i>	2
	<i>POTHUAJSE GJITHNJË</i>	3
11. Njëdit ëpas pirjes sëalkoolit, piva më shumë alkool për të larguar dridhjet.	<i>POTHUAJSE KURRË</i>	0
	<i>NDONJËHERË</i>	1
	<i>SHPESH</i>	2
	<i>POTHUAJSE GJITHNJË</i>	3
12. Njëdit ëpas pirjes sëalkoolit, kur u zgjova ndjeva një dëshirë të papërbalueshme (“ethshme”) për të pirë pije alkoolike.	<i>POTHUAJSE KURRË</i>	0
	<i>NDONJËHERË</i>	1
	<i>SHPESH</i>	2
	<i>POTHUAJSE GJITHNJË</i>	3
13. Piva më shumë se çerek shishe pije alkoolike të fortë (p.sh., raki, whisky) në një ditë (ose 1 shishe verë apo 8 kana çë birrë).	<i>POTHUAJSE KURRË</i>	0
	<i>NDONJËHERË</i>	1
	<i>SHPESH</i>	2
	<i>POTHUAJSE GJITHNJË</i>	3
14. Piva më shumë se gjysmë shishe pije alkoolike të fortë në një ditë (ose 1,5 shishe verë apo 15 kana çë birrë).	<i>POTHUAJSE KURRË</i>	0
	<i>NDONJËHERË</i>	1
	<i>SHPESH</i>	2
	<i>POTHUAJSE GJITHNJË</i>	3

15. Piva m'ëshumëse një shishe pije alkoolike të fortën një ditë (ose 3 shishe verë apo 30 kanaçë birrë).	POTHUAJSE KURRË	0
	NDONJËHERË	1
	SHPESH	2
	POTHUAJSE GJITHNJË	3
16. Piva m'ëshumëse dy shishe me pije alkoolike të fortën një ditë (ose 6 shishe verë apo 60 kanaçë birrë).	POTHUAJSE KURRË	0
	NDONJËHERË	1
	SHPESH	2
	POTHUAJSE GJITHNJË	3

Imagjinoni situatën e mëposhtme:

Mbasi nuk keni pirë alkool për disa javë, pini shumë rëndë për dy ditë rresht.

Si do të ndiheshit në mëngjes pas atyre dy ditëve të përirjes rëndë?

17. Do të filloja të dërsija	ASPAK	0
	PAK	1
	MESATARISHT	2
	SHUMË	3
18. Do të më dridheshin duart	ASPAK	0
	PAK	1
	MESATARISHT	2
	SHUMË	3
19. Do të më dridhej trupi.	ASPAK	0
	PAK	1
	MESATARISHT	2
	SHUMË	3
20. Do të kisha "ethshme" për të pirë alkool	ASPAK	0
	PAK	1
	MESATARISHT	2
	SHUMË	3

Shuma totale e pikëve të testit: _____

Kontrolluar nga:

Histori detoksifikimi alkoolik: PO / JO (qarko përgjigjen e sakt ë)

- ❖ *Pik ë 31 ose m ë e lart ë tregon ë "var ësi t ër ënd ët ë alkoolit".*
- ❖ *Nj ë rezultat prej 16 -30 pik ë tregon "var ësi t ë moderuar"*
- ❖ *Nj ë rezultat n ën 16 pik ë zakonisht tregon vet ën nj ë var ësi t ë lehtë ë fizike.*
- ❖ *Nj ë regjim detoksifikimi me chlordiazepoxide zakonisht indikohet p ër dik ë q ë ka rezultate 16 pik ë ose m ë shum ë*

AUDIT-TESTI I IDENTIFIKIMIT TË ÇRREGULLIMEVE TË PËRDORIMIT TË ALKOOLIT- (Versioni i Intervistës)

Lexoni pyetjet. Regjistroni përgjigjet me kujdes. Filloni testin AUDIT duke thënë "Tani unë do t'ju bëj disa pyetje në lidhje me përdorimin nga ju të pijeve alkoolike gjatë vitit të kaluar".

Shpjegoni se çfarë nënkuptohet me "pije alkoolike", duke përdorur shembuj të birrës, verës, rakisë, etj.

Kudo përgjigjet sipas "standardeve të pijeve alkoolike".

Vendosni në kutinë në të djathtë pikët përkatëse të përgjigjes së saktë.

1. Sa shpesh keni pirë pije me përmbajtje alkoolike?

6. Sa shpesh keni pasur nevojë gjatë vitit të fundit

<p>(0) Asnjëherë [Kalo tek pyetjet 9-10]</p> <p>(1) 1 herë në muaj ose më rrallë</p> <p>(2) 2 deri 4 herë në muaj</p> <p>(3) 2 deri 3 herë në javë</p> <p>(4) 4 ose më shumë herë në javë</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>për një pije të parë alkoolike në mëngjes për të marrë veten,</p> <p>pas një periudhe alkool-pirjeje të rëndë?</p> <p>(0) Asnjëherë</p> <p>(1) Më rrallë se një herë në muaj</p> <p>(2) Një herë në muaj</p> <p>(3) Një herë në javë</p> <p>(4) Çdo ditë ose pothuaj çdo ditë</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>2. Sa njësi pije alkoolike keni pirë gjatë një dite tipike kur pini?</p> <p>(0) 1 ose 2</p> <p>(1) 3 ose 4</p> <p>(2) 5 ose 6</p> <p>(3) 7, 8 ose 9</p> <p>(4) 10 ose më shumë</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>7. Sa shpesh gjatë vitit të fundit keni provuar ndjenjën e fajit ose të pendimit pas alkool-pirjes?</p> <p>(0) Asnjëherë</p> <p>(1) Më rrallë se një herë në muaj</p> <p>(2) Një herë në muaj</p> <p>(3) Një herë në javë</p> <p>(4) Çdo ditë ose pothuaj çdo ditë</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>3. Sa shpesh keni pirë gjashtë ose më shumë njësi pije alkoolike në një rast?</p> <p>(0) Asnjëherë</p> <p>(1) Më rrallë se një herë në muaj</p> <p>(2) Një herë në muaj</p> <p>(3) Një herë në javë</p> <p>(4) Çdo ditë ose pothuaj çdo ditë</p> <p>Kalo në pyetjet 9 dhe 10 në goftë se rezultati total për pyetjet 2 dhe 3 = 0</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>8. Sa herë keni qenë gjatë vitit të fundit të paaftë për të kujtuar atë që ndodhi gjatë një nate më parë, për arsye se keni qenë duke pirë?</p> <p>(0) Asnjëherë</p> <p>(1) Më rrallë se një herë në muaj</p> <p>(2) Një herë në muaj</p> <p>(3) Një herë në javë</p> <p>(4) Çdo ditë ose pothuaj çdo ditë</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>4. Sa shpesh gjatë vitit të fundit ju ka ndodhur që të mos ishit në gjendje të ndaloni alkool-pirjen mbasi e kishit filluar atë?</p> <p>(0) Asnjëherë</p> <p>(1) Më rrallë se një herë në muaj</p> <p>(2) Një herë në muaj</p> <p>(3) Një herë në javë</p> <p>(4) Çdo ditë ose pothuaj çdo ditë</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>9. A jeni lënduar ju ose dikush tjetër si rezultat i alkool-pirjes suaj?</p> <p>(0) Jo</p> <p>(2) Po, por jo në vitin e kaluar</p> <p>(4) Po, gjatë vitit të kaluar</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>5. Sa shpesh gjatë vitit të fundit keni dështuar të bëni atë që pritej normalisht nga ju për shkak të pijes?</p> <p>(0) Asnjëherë</p> <p>(1) Më rrallë se një herë në muaj</p> <p>(2) Një herë në muaj</p> <p>(3) Një herë në javë</p> <p>(4) Çdo ditë ose pothuajse çdo ditë</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>10. Ka një të afërm, mik, doktor ose një operator tjetër shëndetësor që është interesuar për ju ose ju ka këshilluar për të lënë alkoolin?</p> <p>(0) Jo</p> <p>(2) Po, por jo në vitin e kaluar</p> <p>(4) Po, gjatë vitit të kaluar</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>

Totali i pikëve :

AUDIT- TESTI I IDENTIFIKIMIT TË ÇRREGULLIMEVE TË PËRDORIMIT TË ALKOOLIT- (Versioni i Vetë-Raportimit të Pacientit)

Për shkak se përdorimi i alkoolit mund të ndikojë në shëndetin tuaj dhe mund të nevojitet ndërhyrja trajtuese, është e rëndësishme që të bëjmë disa pyetje rreth përdorimit të alkoolit nga ju.

Përgjigjet tuaja do të mbeten konfidenciale, prandaj ju lutemi të tregoheni të sigurtë.

Qarkoni pikët përkatëse të përgjigjes suaj të përshtatshme.

Pyetjet	Përgjigjet dhe pikët përkatëse				
	0 pikë	1 pikë	2 pikë	3 pikë	4 pikë
1. Sa herë keni pirë pije me përmbajtje alkooli ?	Asnjëherë	Një here në muaj ose më rrallë	2-4 herë në muaj	2-3 herë në javë	4 ose më shumë herë në javë
2. Sa njësi pije alkoolike keni pirë gjatë një ditë tipike kur pini?	1 ose 2	3 ose 4	5 ose 6	7 deri 9	10 ose më shumë
3. Sa shpesh keni pirë gjashtë ose më shumë pije alkoolike në një rast?	Asnjëherë	Më rrallë se një herë në muaj	Një herë në muaj	Një herë në javë	Çdo ditë ose pothuaj çdo ditë

4. Sa shpesh gjatë vitit të fundit ju ka ndodhur që të mos ishit në gjendje të ndaloni alkool-pirjen mbasi e kishit filluar atë?	Asnjëherë	Më rrallë se një herë në muaj	Një herë në muaj	Një herë në javë	Çdo ditë ose pothuaj çdo ditë
5. Sa shpesh gjatë vitit të fundit keni dështuar të bëni atë që pritej normalisht nga ju për shkak të pijes?	Asnjëherë	Më rrallë se një herë në muaj	Një herë në muaj	Një herë në javë	Çdo ditë ose pothuaj çdo ditë
6. Sa shpesh keni pasur nevojë gjatë vitit të fundit për një pije të parë alkoolike në mëngjes për të marrë veten, pas një periudhe alkool-pirjeje të rëndë?	Asnjëherë	Më rrallë se një herë në muaj	Një herë në muaj	Një herë në javë	Çdo ditë ose pothuaj çdo ditë
7. Sa shpesh gjatë vitit të fundit keni provuar ndjenjën e fajit ose të pendimit pas alkool-pirjes?	Asnjëherë	Më rrallë se një herë në muaj	Një herë në muaj	Një herë në javë	Çdo ditë ose pothuaj çdo ditë

8. Sa herë keni qenë gjatë vitit të fundit të paaftë për të kujtuar atë që ju ka ndodhur një nate më parë ngaqë keni qenë duke pirë?	Asnjëherë	Më rrallë se një herë në muaj	Një herë në muaj	Një herë në javë	Çdo ditë ose pothuaj çdo ditë
9. A jeni lënduar ju ose dikush tjetër si rezultat i alkool-pirjes suaj?	Jo		Po, por jo në vitin e fundit		Po, gjatë vitit të fundit
10. Ka një të afërm, mik, doktor ose një operator tjetër shëndetësor që është interesuar për ju ose ju ka këshilluar të lini alkoolin?	Jo		Po, por jo në vitin e fundit		Po, gjatë vitit të fundit
#####	Pike: <u> 0 </u>	Pike: <u> </u>	Pike: <u> </u>	Pike: <u> </u>	Totali: <u> </u>

Testi FAST (Testi i shpejtë shoshitës mbi keqpërdorimin e alkoolit)

Pyetja	Sistemi i Pikëve					Pikët
	0	1	2	3	4	
*****	Kurrë	Më rrallë se një herë në muaj	Njëherë në muaj	Çdo javë	Çdo ditë ose pothuaj çdo ditë	
Sa shpesh keni pirë 8 njësi alkool (për burrat)/ 6 njësi alkool (për gratë) ose më shumë në një rast?						
Në rast se më sipër shënoni 0 pikë, atëherë testi FAST është negativ dhe ju mund ta ndërprisni. Ndërsa në rast se më sipër shënoni nga 1-4 pikë, atëherë vazhdohet me pyetjet vijuese.						
Sa shpesh vitin e shkuar nuk keni qenë në gjendje të kujtoni ndodhitë e një nate më parë për shkak të alkool-pirjes?						
Sa shpesh vitin e shkuar keni dështuar në atë që pritej nga ju për të bërë, për shkak të alkool-pirjes?						
Keni të afërm, mik, doktor apo operator shëndetësor që shqetësohet mbi alkool-pirjen nga ju ose ju këshillon për ta pakësuar apo ndërprerë atë?	Jo		Po, por jo vitin e shkuar		Po, gjatë vitit të shkuar	
***** Shuma përfundimtare epikëve: _____						
<i>Kontrolluar nga:</i>						
Mbi pikaverazhin:						
Një total i përgjithshëm pikësh 3 e më shumë është FAST pozitiv dhe mund të tregojë për alkool-pirje të dëmshme.						

ii. MODELET E ALKOOL -PIRJES, MASAT DHE LIMITET E SIGURTA

MODELET E ALKOOL -PIRJES, MASAT DHE LIMITET E SIGURTA

a- Përkufizime të modeleve të pirjes (në njësi alkool)

- ***Pirja blinxh:*** model i pirjes së alkoolit që sjell nivelin e përqendrimit të alkoolit në gjak në 0.08 g/dL. Kjo zakonisht ndodh pas pirjes së 4 njësive alkool për femra dhe 5 njësive alkool për meshkujt brenda një kohe për rreth 2 orësh;
- ***Pirje në sasi të ulët deri të moderuar:*** pirje deri në sasinë javore të parashikuar, 0-14 njësi gratë dhe 0-21 njësi burrat;
- ***Pirje në sasi të moderuar deri në të rëndë:*** pirje javore midis 15-21 njësi gratë dhe 21-35 njësi burrat;
- ***Pirje shumë e rëndë:*** pirje javore >35 njësi burrat dhe >21 njësi gratë;

b- Njësia e alkoolit

Një njësi alkool është 10ml (1cl) sipas volumit apo 8gr sipas peshës së alkoolit puro.

Për shëmbull sipas volumit:

Një kanaçe birrë (330ml) me fortësi 4 % alkool është 1,3 njësi alkool:

Një teke rakl (25ml) me fortësi 38% - 40 % alkool është 1 njësi alkool;

Një gotë e vogël verë (125 ml) me fortësi 10 % alkool është 1,25 njësi alkool.

c- Cilat janë limitet e sigurta që rekomandohet për pirjen e alkoolit

- ***Alkol pirje e moderuar:*** Konsumin e katër njësi plje alkoolike për burrat dhe tre për gratë në çdo ditë të vetme dhe një maksimum prej 14 njësi plje alkoolike për burrat dhe 7 për

gratë në javë.

- **Gratë shtatzëna: Sasla ekzakte e sigurt nuk është ende e njohur. Megjithatë, udhëzimi ynë është që shtatzëna dhe gruaja që planifikon shtatzëni të shpejtë, në përgjithësi nuk duhet të pijnë alkool. Në rast se zgjidhni të pini alkool kur jeni shtatzëna, atëherë kufizoheni atë vetëm në 1 ose 2 njësi në javë dhe kurrë mos u dehini.**

d-Praktikat e rrezikshme të konsumimit të alkoolit . të cilat rekomandojmë të shmangen :

- **kur pini më shumë se 21 njësi alkool (për meshkujt)/14 njësi alkool (për femrat) në javë;**
- **kur pini 5 njësi alkool (për meshkujt)/4 njësi alkool (për femrat) brenda një kohe për rreth 2 orësh;**
- **kur pini alkool dhe drejtoni automjetin;**
- **kur pini alkool para dhe gjatë punës;**
- **kur pini alkool përpara dhe gjatë aktivitetit sportiv ose aktiviteteve të tjera fizike;**
- **kur pini alkool në priftje ose gjatë shtatzënsisë;**
- **kur pini alkool gjatë terapive medikamentoze ose në kombinim me substance të tjera psikoaktive;**
- **kur pini alkool për t'u intoksikuar (dehur) ;**
- **kur pini alkool nën moshë;**
- **kur pini alkool për të përballuar vështirësitë;**
- **kur pini alkool gjatë abstinençës alkoolike.**

iii. FORTËSIA E PIJEVE ALKOOLIKE MË TË PËRDORURA

Tabela e mëposhtme jep informacion mbi numrin e njësi të përmbajtura në disa pije të zakonshme, bazuar në fortësinë e alkoolike tipike.

Birrë e lehtë, Lager & Cider	Shishe (330ml)	Kanaçe (440ml)	Pint (568ml)	Litër
2%	0.7 njësi	0.9 njësi	1.1 njësi	2 njësi

Birrë, Lager & Cider	Shishe (330ml)	Kanaçe (440ml)	Pint (568ml)	Litër
4%	1.3 njësi	1.8 njësi	2.3 njësi	4 njësi
5%	1.7 njësi	2.2 njësi	2.8 njësi	5 njësi
5.2%	1.7 njësi	2.3 njësi	3 njësi	5.2 njësi
6%	2 njësi	2.6 njësi	3.4 njësi	6 njësi
Birrë super e fortë, Lager & Cider	Shishe (330ml)	Kanaçe (440ml)	Pint (568ml)	Litër
9%	3 njësi	4 njësi	5 njësi	9 njësi
Alcopops	Shishe (275ml)			
5%	1.4 njësi			
Verë & Champagne (e kuqe, e bardhë, rozë ose spumante)	Gotë e vogël (125ml)	Gotë standard (175ml)	Gotë e madhe (250ml)	Shishe (750ml)
10%	1.25 njësi	1.75 njësi	2.5 njësi	7.5 njësi
11%	1.4 njësi	1.9 njësi	2.8 njësi	8.3 njësi
12%	1.5 njësi	2.1 njësi	3 njësi	9 njësi
12.5%	1.6 njësi	2.2 njësi	3.1 njësi	9.4 njësi
13%	1.6 njësi	2.3 njësi	3.3 njësi	9.8 njësi
13.5%	1.7 njësi	2.4 njësi	3.4 njësi	10.1 njësi
14%	1.75 njësi	2.5 njësi	3.5 njësi	10.5 njësi
Verë e fortifikuar (Sherry & Port)	Masë standard (50ml)			
17.5-20%	0.9-1 unit			
Superalkoolikë (Rraki, Konjak, Gin, Rum, Vodka & Whisky)	Masë teke e vogël (25ml)	Masë 'teke e madhe' (35ml)	Masw dopjo (50ml)	Masw 'Dopjo e madhe' (70ml)
38-40%	1 njësi	1.4 njësi	1.9-2 njësi	2.7-2.8 njësi
Shots (Tequila, Sambuca)	Masë teke e vogël (25ml)	Masë 'teke e madhe' (35ml)		
38-40%	1 njësi	1.3 njësi		

iv. FORMULA PËRLLOGARITËSE E FORTËSISË SË PIJES ALKOOLIKE

Numri i njësive alkoolike të UK në një pije, mund të përcaktohet duke shumëzuar volumin e pijes (në mililitra-ml) me përqindjen e saj (ABV-alkool sipas volumit) dhe pjestuar me 1000.

Për shembull, një shishe/kanaçe birra me 4% alkool sipas volumit (ABV) përmban:

$$330 \text{ ml} \times 4\% \times \frac{1 \text{ njësi}}{10 \text{ ml}} = 330 \text{ ml} \times \frac{4}{100} \times \frac{1 \text{ njësi}}{10 \text{ ml}} = \frac{330 \times 4}{100 \times 10} = \frac{1320}{1000} = 1.32 \text{ njësi}$$

Formula mund të thjeshtohet për përdorim të përditshëm duke shprehur volumin e pijes në centilitra (cl).

Marrim të njëjtin shëmbull me një shishe/kanaçe birra me 4% alkool sipas volumit (ABV):

$$33 \text{ cl} \times 4\% \times \frac{1 \text{ njësi}}{1 \text{ cl}} = 33 \text{ cl} \times \frac{4}{100} \times \frac{1 \text{ njësi}}{1 \text{ cl}} = \frac{33 \times 4}{100 \times 1} = \frac{132}{100} = 1.32 \text{ njësi}$$

FUND

Bibliografia:

Ambulatory management of alcohol withdrawal: www.uptodate.com/.../medically-supervised-alcohol-withdrawal-in-the-ambulatory-se...

Inpatient management of alcohol withdrawal: a practical approach:
www.signavitae.com/.../inpatient-management-of-alcohol-withdrawal-a-practical-appr...

Diazepam in the treatment of moderate to severe alcohol withdrawal: <https://emcrit.org/wp-content/uploads/2009/09/Diazepam-in-the-Treatment-of-Moderate-to-Severe-Alcohol-Withdrawal.pdf>

Coping-with-drugs-alcohol-craving: <https://www.brighteyecounselling.co.uk/alcohol.../coping-with-drugs-alcohol-craving>.

Dokumenti Politik i Strategjisë Shqiptare për Parandalimin dhe Minimizimin e Dëmeve Alkool-Lidhura (2011-2015)

Alcohol withdrawal syndrome: https://en.wikipedia.org/wiki/Alcohol_withdrawal_syndrome

Alcohol withdrawal seizures: www.medlink.com/article/alcohol_withdrawal_seizures

Delirium Tremens: <https://medlineplus.gov/Medical-Encyclopedia>

Complications of Alcohol Withdrawal:

<https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh22-1/61-66.pdf>

Dokumenti Politik i Strategjisë për Parandalimin dhe Zvogëlimin e Dëmeve të Lidhura me Alkoolin në Shqipëri (2017-2021)

Treatment of alcohol withdrawal- National Institute of Alcohol Abuse:

<https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh22-1/38-43.pdf>

CIWA-Ar for Alcohol Withdrawal:

<https://www.mdcalc.com/ciwa-ar-alcohol-withdrawal>

Severity Of Alcohol Dependence Questionnaire (Sadq-C):

<https://www.alcohollearningcentre.org.uk/.../Severity-of-Alcohol-Dependence-Questio>

Psychiatric complications of alcoholism: alcohol withdrawal syndrome and other psychiatric disorders:

www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000500012&script=sci...tng...

Wernicke Encephalopathy Clinical Presentation:

emedicine.medscape.com/article/794583-clinical

Wernicke's Encephalopathy: Increasing Clinician Awareness of This Serious, Enigmatic, Yet Treatable Disease:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4578911/>

Management and Treatment Guidelines for Acute AlcoholWithdrawal Policy:

www.westerntrust.hscni.net/.../Management and Treatment Guidelines for Alcohol

Complications of Alcohol Withdrawal:

<https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh22-1/61-66.pdf>

Outpatient Detoxification of the Addicted or Alcoholic Patient:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10507746>

Chlordiazepoxide example alcohol detoxification regimen:

<https://www.gpnotebook.co.uk/simplepage.cfm?ID=x20100519112220260465>

Marchiafava Bignami disease:

<https://rarediseases.info.nih.gov/diseases/6971/marchiafava-bignami-disease>

Alcohol Units -A brief guide:

ix.iriss.org.uk/sites/default/files/.../Alcohol%20Njësi%20a%20brief%20guide.pdf

Punoi: Sokol Morina

**(Mjek Anestezist/Reanimator
& Ekspert në Adiktologji)**

Janar 2019