

ANATOLIA ALKOL TEDAVİ KLİNİĞİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN DELİRYUM TREMENS VAKALARININ ÖZELLİKLERİ

Mırsal H., Kalyoncu A., Çavuşoğlu, E.C., Tezer Eti, F.E., Yılmaz, S., Pektaş Ö., Beyazyürek M.

GİRİŞ

Alkol kesilme deliryumu (Deliryum Tremens); bilinç ve bilişsel bozuklukların, görme, dokunma ve işitme hallusinyasyonlarının olduğu klinik bir tablodur (1). Deliryum tremens tablosu genellikle; karaciğer yetmezliği, pnömoni, gastrointestinal kanama, kafa travması sekeli, hipoglisemi, elektrolit bozuklukları veya postoperatif durumlara eşlik eder(1). Deliryum tremens ICD-10'da fiziksel bozuklukların eşlik ettiği, kısa süreli ancak yaşamı tehdit edebilen konfüzyon tablosu olarak tanımlanmaktadır.Uzun süreli ağır alkol kullanımı olanlarda alkolü bırakma veya azaltma sırasında meydana gelmektedir.Tipik haberci belirtiler olarak; uykusuzluk, titreme ve korku bulunur. Klasik üçlü belirti; bilinç bulanıklığı-konfüzyon, değişik hallusinyasyonlar-illüzyonlar ve tremor olarak bilinir. Bu tabloya hezeyanlar, ajitasyon, uykusuzluk ya da uyku düzeninin tersine dönmesi ve otonomik aşırı uyarılma eşlik edebilir (2).

Tarih boyunca, alkol kesilme sendromunun klinik belirtileri ve sınırları çelişkili bir konu olmuştur (3). Deliryum tremens terimi; 1913 yılında Sutton (4) tarafından önerilmiştir ve klinisyenler tarafından halen yaygın olarak kullanılmaktadır (5).

Alkol yoksunluğu deliryumunun sıklığı bilinmemektedir. Bazı yazarlar alkoliklerin %1'den daha azının deliryum tremens geliştirdiğini tahmin etmektedir (6). Ancak bir çalışmada; alkol içme ile ilgili akut mental ve fiziksel rahatsızlıklar nedeni ile hastaneye yatırılan hastaların %40'ında bu klinik tablo teşhis edilmiştir (7).

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı; Mart 1996- Mayıs 1997 tarihleri arasında Anatolia Alkol Tedavi Kliniği'nde deliryum tremens tanısı ile yatarak izlenen hastaların sosyodemografik özellikleri, klinik özellikleri ve alkol içme öykülerini araştırmaktır.

MATERYAL METOD

Bu çalışmada; Balıklı Rum Hastanesi Vakfı Anatolia Alkol Tedavi Kliniği'ne Mart1996-Mayıs 1997 tarihleri arasında alkol bağımlılığı, alkol yoksunluğu deliryumu tanısı ile yatırılarak tedavi gören 22 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir.

Çalışmada incelenen değişkenler; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, alkol alma yılı, son günlerde alınan alkol miktarı, klinikte yatış günü, daha önceden tedavi varlığı, alkol almaya başlanan zaman, yatış sırasında fizik bir hastalığın varlığı, son yatıştan önce alkolü kendi kendine bırakma çabası, yönelimin düzelme zamanı ve halen alkol alıp almadığıdır. Kliniğimizdeki tedavi programı ile ilgili ayrıntılı açıklamalar başka bir yazıda verilmiştir (8).

BULGULAR

Mart1996- Mayıs1997 tarihleri arasında Anatolia Alkol Tedavi Kliniği'nde 1kadın, 21 erkek olmak üzere 22 deliryum tremens vakası yatarak tedavi görmüştür. Hastaların yaşları 31-70 arasında değişmekte olup ortalama 45 sd= 9.77'dir. Diğer sosyodemografik veriler Tablo- 1'de verilmiştir.

TABLO-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

ÖZELLİK	BEKAR		EVLİ		BOŞANMIŞ	
	n	%	n	%	n	%
MEDENİ DURUM	2	9.1	11	50	9	40.9
EĞİTİM DURUMU	İLKOKUL		ORTA-LİSE		YÜKSEKOKUL	
	10	45.5	9	40.9	3	13.6

TABLO-2:ÖNCEDEN YATARAK ALKOL TEDAVİSİ

TEDAVİ	n	%
YOK	7	31.8
BİR KEZ	8	36.4
İKİ KEZ	3	13.6
ÜÇ KEZ	1	13.6
DÖRT KEZ	1	4.5

Hastaların ağırlıklı olarak 86.4'ü (n=19) rakı, %9.1'i(n=2) viski, %4.5'i (n=1) bira kullandıklarını bildirmişlerdir. Tedaviye başvurmadan önceki alkol alma zamanları hasta yakınlarından alınan bilgilere göre; %95.5' inin(n=21) sabah, %4.5'inin (n=1) ise akşamları olduğu saptanmıştır. Bu konuda verilen bilgilerin zaman olarak güvenilirliği 1 ay olarak sınırlandırılmıştır.

Hastaneye yatış sırasında fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri sonucunda hastaların %81.8'inde (n=18) fiziksel bir hastalık saptanmıştır. Fizik hastalıkların başında pnömoni gelmektedir(%83.3 n=15). Diğer fizik hastalıklar, alkolik hepatit ve diabetes mellitustur.

Hastaların %90.9'u (n=20) hastaneye gelmeden kendi kendine alkolü bırakmaya çalışmış, %9.1' (n=2) tedaviye alkollü olarak başvurmuştur. En uzun bırakma süresi 7 gün olup ortalama süre 2.5 sd=1.47 gündür.

Ortalama alkol alma süresi; 20.68 sd=8.35 olmak üzere en uzun süre 35 yıl, en kısa süre ise 10 yıldır. Bu süreler hasta ve/veya hasta yakınlarından alınmıştır. Alkolle ilk 'tanışma' dan sonra geçen zamanı kapsamaktadır. Fiziksel bağımlılığın kaç yıldan bu yana olduğunu sorgulamak mümkün olmamıştır. Son 1 ay içinde günde alınan alkol miktarı; %13.6 (n=3) 1 küçük rakı, %54.5 (n=12) bir büyük rakı, %31.8 (n=7) hastada ise daha fazla rakı olarak ifade edilmiştir.

Günlük takip formlarından elde edilen verilere göre; hastaların yönelimlerinin düzeldikleri ortalama süre 4.22 sd=1.74 olup bu süre en uzun 6 gün, en kısa 2 gün olarak bulunmuştur. Tedavi için hastanede ortalama yatış günü 17.45 sd= 7.50, en uzun 37 en kısa 8 gündür.

Çalışmanın değerlendirildiği tarihte hastaların %81.8'inin (n=18) alkol almadığı, %13.6'sının alkole tekrar başladığı (n=3) tespit edilmiş, bir hastaya ise ulaşılamamıştır.

Yaş-alkol alınan yıl (r=0.32), yaş-hastanede yatış günü (r=0.00), alkol alma süresi -hastanede yatış günü (r=0.04), alkol alma süresi - tedavi sırasında yönelimin düzelme süresi arasında pozitif korelasyon, yaş -tedavi öncesi alkolü bırakma süresi (r=0.19), alkol alma süresi -tedavi öncesi alkolü bırakma süresi (r=0.08), yaş-yönelimin düzelme süresi (r=0.21) arasında ise negatif bir korelasyon saptanmıştır. Ancak bu ilişkilerin hiçbiri istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05)

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmanın bulguları; çalışmanın planı, sayı azlığı, kontrol grubu olmaması gibi özellikler nedeni ile "deliryum tremens" hakkında genel çıkarımlar yapmak açısından zorlanmasına rağmen, benzeri çalışmalarla (3,4,5,6,7,9,10,11) paralellik göstermesi açısından tartışmaya değer bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda; deliryum tremens yaşı 40-50 arasında değişmektedir (6). Çalışmamızdaki ortalama yaş 45'dir. Erkeklerde deliryum tremens 4-5 kat daha fazla görülmektedir. Çalışmamızda sadece bir kadın hasta vardır. Kliniğimizde bu çalışma süresi boyunca yatan hastaların cinsiyetleri incelenmediği için bu konuda yorum yapmak güçtür.

Alkol yoksunluğu belirtileri genellikle alkolü kestikten 7- 24 saat sonra; ellerde veya dilde kaba tremor, bulantı veya kusma, güçsüzlük, taşikardi, terleme, kan basıncında artma, anksiyete, huzursuzluk, uykusuzluk, geçici illüzyon ve hallusinasyonlarla başlamaktadır (1). Bunu üçüncü gün yoksunluk nöbeti (9,10) takip edebilir.

Şiddetli yoksunluk yani deliryum tremens tablosunun ise alkolü bıraktıktan 72-96 saat sonra geliştiği kabul edilmektedir (3). Çalışmamızda başvuru öncesi sadece 1 hastada son alkolü aldıktan yaklaşık 12 saat sonra yoksunluk nöbeti olduğu saptanmıştır. Şiddetli yoksunluk yani deliryum tremens tablosunun oluşma zamanı ise ortalama 2.5 gündür (60 saat).

Alkol Bağımlılığında; deliryum tremens tablosunun 5-15 yıl, çoğunlukla 10 yıl alkol almadan sonra geliştiği kabul edilmektedir(6). Çalışmamızda ortalama alkol alma öyküsü 20 yıldır. Ancak bu süre alkolle 'ilk tanışma' zamanı dikkate alınarak hesaplandığı için bu anlamda değerini kaybetmemektedir.

Deliryum tremens tablosuna çoğunlukla fiziksel bir hastalık eşlik etmektedir (1). Çalışmamızda bu oran %81.8'dir. En yüksek oranı pnömoni almaktadır(%83.3).

Deliryum tremensin ortalama süresi 3 gün kabul edilmektedir. Nadiren bir haftadan daha uzun sürebilir.Ölüm oranı %3'tür (4). Bazı yazarlar ölüm oranını %1 kabul etmektedir (6).

Çalışmamızda yönelim takibi ile (kişi-yer-zaman) elde edilen sonuçlara göre; iyileşme süresi yaklaşık 4 gün olarak hesaplanmıştır. Ayrıca tüm hastalar iyileşmiştir.

Çalışmamızda; deliryum tremens tablosunun meydana gelme ve iyileşme süreleri ülkemizde yapılan diğer bir çalışma ile paralellik göstermektedir(11).

KAYNAKLAR

1-American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4.baskı Washington, DC: The American Psychiatric Association,1994.

2- World Health Organization: International Classification of Diseases, clinical description and diagnostic guidelines, Geneva,1992.

3- Victor M, Wolfe SM: Causation and treatment of the alcohol withdrawal syndrome, in Bourne P, Fox R (eds): Alcoholism : Progress in Research and Treatment, New York, Academic Press, 1973, pp 137-169

4- Lipowski ZJ: Delirium : Acute confusional states. Oxford Universty Press, Inc., New York , 1990.

5-Kramp P, Hemmingsen R: Delirium tremens some clinical features. Part 1. Acta Psychiatr Scand 1979; 60:393-404.

6-Gross MM, Lewis E, Hastey J: Acute alcohol withdrawal syndrome, in Kissin H, Begleiter H (eds.) The Biology of Alcoholism Vol 3. New York, Plenum Press, 1973, pp 191-263.

7- Salum I (ed) : Delirium tremens and certain other acute sequels of alcohol abuse. Acta Psychiatr Scand, Suppl. 235, 1972.

8- Kalyoncu A, Mirsal H, Tezer Eti F, Koskosoğlu N, Pektaş Ö, Yılmaz S, Çavuşoğlu C, Beyazyürek M: 'Anatolia Alkol Tedavi Kliniği' Tedavi Programı. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresinde bildiri. 1-4 Ekim 1997, Antalya .

9- Hillbom ME: Occurrence of cerebral seizures provoked by alcohol abuse. Epilepsia 1980; 21: 459-466.

10- Newsom JA: Withdrawal seizures in an in-patient alcoholism program, in Galanter M (ed): Currents in Alcoholisms, vol 6. New York, Grune and Stratton, 1979, pp 11-14.

11- Kalyoncu AÖ, Kuru L, Demirarslan PA, Hariri A, Beyazyürek M: Son 2.5 yıl içerisinde izlediğimiz delirium tremens vakalarının klinik ve sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi. 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi(9-14 Eylül 1994, Kayseri) kitabı s 239-244.

Mirsal H., Kalyoncu A., ÇAVUŞOĞLU E. C., ETİ F.T., Yılmaz S., Pektaş Ö., Beyazyürek M.