
PÄIHTEIDEN KÄYTTÄJÄ PÄIVYSTYKSESSÄ



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutus

Lahdensivu, syksy 2015

Päivi Runonen



LAHDENSIVU
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyö

Tekijä	Päivi Runonen	Vuosi 2015
Työn nimi	Päihteiden käyttäjä päivystyksessä	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut koota päihdetietoutta, jota työskennellessä päivystyspoliklinikalla tarvitaan. Opinnäytetyöllä ei ole ollut ulkopuolista toimeksiantajaa, vaan opinnäytetyö on toteutettu kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyössä käytetty lähdemateriaali on enintään kymmenen vuotta vanhaa ja se koostuu pääosin lääketieteellisistä artikkeleista ja hoitoalan oppikirjoista.

Tämä opinnäytetyö käsitteli päihteiden käyttäjän hoitoa päivystyspoliklinikalla. Opinnäytetyön tavoitteena oli kertoa, miten päihtynyttä potilasta hoidetaan ja mitä hoitajan tulee tietää päihteistä. Tässä opinnäytetyössä on käsitelty pääasiassa aikuisia päihteidenkäyttäjiä ja heidän hoitoaan päivystyksessä, joten alaikäiset ja päihteiden käytön vaikutukset raskauteen ja sikiöön ovat rajattu pois.

Tässä opinnäytetyössä on käsitelty alkoholin väärinkäyttöä ja Suomessa yleisimmin käytettyjä huumausaineita, niiden vaikutuksia sekä vieroitusoireiden ja yliannostusten hoitoa. Tässä työssä käsiteltäviä huumausaineita ovat amfetamiini, kokaiini, khat, opiaatit, kannabis ja LSD. Työssä on mainittu myös asioita, joista päihteiden käytön voi tunnistaa.

Päihteiden käyttäjä voi olla päivystyksessä päihtymystilansa tai muiden vaivojen vuoksi. Päihteiden käyttäjät saattavat hakeutua päivystykseen hoitoon esimerkiksi, yliannostusten, vieroitusoireiden tai muiden terveyshaittojen takia. Muita terveyshaittoja voivat olla esimerkiksi tulehdukset tai tapaturmat.

Avainsanat Päihteiden väärinkäyttö, alkoholi ja huumausaineet

Sivut 25 s.

LAHDENSIVU

Degree programme in nursing

Nursing

Author	Päivi Runonen	Year 2015
Subject of Bachelor's thesis	Substance Abuse among Patients in the Accident and Emergency Department	

ABSTRACT

The aim and purpose of the Bachelor's thesis was to gather information about substance abuse for those working in the Accident and Emergency department. This thesis shows how a patient who is intoxicated can be taken care of and what kind of things nurses have to know about the psychoactive substances. In this thesis psychoactive substance means substances, that are used by a person to become intoxicated. In this thesis they are amphetamine, cocaine, khat, opiates, cannabis and LSD.

This thesis includes the most common intoxicant problems in Finland. This thesis discusses the issues of an intoxicated patient arriving in hospital emergency room and how nurses can take care of the patient. A patient who uses alcohol or psychoactive substances can come to a hospital, because they have some infection or some accident has happened. Also withdrawal symptoms or drug or medicine overdose can be reasons why a patient comes to the hospital.

The thesis discusses adults who use alcohol or psychoactive substances. The thesis does not include care of under aged persons or how alcohol or psychoactive substances affect pregnant women and fetuses.

This Bachelor's thesis is a literature review. In this thesis the source material includes medical articles and nursing textbooks. All the source material are newer than ten years old. This topic was chosen because emergency nursing and intoxicated patients are interesting and new knowledge emerges all the time in this subject.

Keywords Substance abuse, alcohol and psychoactive substance

Pages 25 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA MENETELMÄT.....	2
3	PÄIHDEONGELMAT	3
4	PÄIHTEIDEN KÄYTTÄJÄN TUNNISTAMINEN	3
5	PÄIHTEIDEN KÄYTTÄJÄN TUTKIMINEN JA HAASTATTELU.....	4
6	ALKOHOLIN VÄÄRINKÄYTTÖ	5
6.1	Alkoholin suurkulutus ja sen vaikutukset.....	6
6.2	Alkoholin vieroitusoireet ja niiden hoito.....	9
6.3	Alkoholin vaikutuksen alaisena oleva potilas päivystyksessä.....	11
7	HUUMAUSAINOIDEN VAIKUTUS	12
7.1	Keskushermostoa kiihottavat huumausaineet.....	12
7.2	Keskushermostoa lamaavat huumausaineet	13
7.3	Hallusinogeenisiä vaikutuksia aiheuttavat huumausaineet	14
7.3.1	Kannabistuotteet	14
7.3.2	Hallusinogeenit	15
8	OPIOIDIKORVAUSHOITO.....	16
9	PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLE HOITON HAKEUTUMISEN SYYT.....	17
10	VIEROITUSOIREET JA YLIANNOSTUKSET.....	18
11	POTILAAN SIJOITTAMINEN JA VIERAILIJAT.....	21
12	POHDINTA.....	22
	LÄHTEET	24

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus aiheesta päihteiden käyttäjä päivystyksessä. Työn tarkoituksena oli kerätä päihdetietoutta, jota työskennellessä päivystyspoliklinikalla tarvitaan. Työ on tehty hoitajan näkökulmasta ja siihen on kerätty niitä asioita, joita hoitajan olisi hyvä tietää päihteistä, niiden vaikutuksista ja päihteiden käyttäjän tutkimisesta ja hoitamisesta.

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti oma kiinnostus ja se, että opinnäytetyön tekemisen ohessa voisi oppia päihdehoito- ja akuuttihoitotyöstä. Aihe on myös ajankohtainen, sillä päihteiden käyttö on viime vuosina yleistynyt, mikä näkyy myös terveydenhuollossa.

Työn toteutustavaksi valikoitui kirjallisuuskatsaus, sillä työllä ei ollut toimeksiantajaa. Aihe soveltui hyvin kirjallisuuskatsaukseen, sillä aiheesta oli ennestään saatavilla tietoa eri lähteistä, minkä saattoi jäsentää koskemaan työn aihetta.

Tässä työssä päihteillä tarkoitetaan aineita, joita käytetään päihtymistarkoitukseen. Tässä työssä käsiteltäviä päihteitä ovat alkoholi ja Suomessa yleisimmin käytetyt huumausaineet eli amfetamiini, kokaiini, khat, opiaatit, kannabis ja LSD.

Tässä työssä käsitellään pääasiassa aikuisia päihteiden käyttäjiä, joten työ ei keskity alaikäisten hoitoon. Työssä ei käsitellä raskaana olevia tai päihteiden vaikutuksia sikiöön. Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut koota päihdetietoutta päihteiden käytöstä johtuviin akuuttihoitotilanteisiin, jota työskennellessä päivystyspoliklinikalla tarvitaan.

Opinnäytetyön tavoitteena on kertoa, miten päihtynyttä potilasta hoidetaan ja mitä hoitajan tulee tietää päihteistä. Tämän työn sisällössä kerrotaan päihteiden aiheuttamista oireista ja niiden hoidosta. Lähdemateriaalista on poimittu ne asiat, jotka koskevat päihteiden taustatietoja tai hoitotyötä päivystyksessä.

Päihteiden käyttäjän pitkäaikaishoitoa käsittelevät asiat on rajattu työstä pois. Alkoholin ja huumausaineiden pitkäaikaishaitoista kerrotaan niitä käsittelevissä luvuissa, sillä päivystykseen hoitoon hakeutuva on saattanut käyttää alkoholia tai huumausaineita pitkän aikaa, jolloin aineiden pitkäaikaishaittoja ilmenee.

Erilaisista päihteistä ja päihdeongelmista on kerrottu taustatietoa, jotta lukija voi saada käsityksen, millaisia vaikutuksia ja oireita eri päihteillä on. Myös alkoholin aiheuttamia muita terveysongelmia käsitellään tässä opinnäytetyössä pääpiirteittäin, sillä alkoholin tai muiden päihteiden käyttäjä voi hakeutua hoitoon muiden sairauksien vuoksi. Potilasta hoidettaessa myös potilaan muut sairaudet on pidettävä mielessä ja esimerkiksi alkoholin runsaaseen käyttöön liittyy paljon liitännäissairauksia.

2 TYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA MENETELMÄT

Tämä opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, jonka aiheena on päihteiden käyttäjä päivystyksessä. Kirjallisuuskatsaus noudattaa Hämeen ammattikorkeakoulun opinnäytetyön kriteerejä. Tämän työn lähdemateriaali on valittu lähteistä, jotka ovat enintään kymmenen vuotta vanhoja. Lähdemateriaalina on käytetty alan oppikirjoja, lääkäreiden ja lääkäritietokantojen artikkeleita aiheesta sekä niitä internet lähteitä, joiden tarkoitus on antaa kansalaisille luotettavaa tietoa. Opinnäytetyössä on myös käytetty kahta englanninkielistä lähdettä.

Kirjallisuuskatsaus on tiivistelmä aiemmista aihetta koskevista tutkimustuloksista. Kirjallisuuskatsauksen piirteitä ovat, että se vastaa selkeään kysymykseen, arvioi valittujen tutkimusten laatua ja referoi tutkimuksia. Kirjallisuuskatsauksen lähteiden tulisi olla tieteellisesti luotettavia, jotta tulosten yhteenvedo ja arviointia voi suorittaa luotettavasti. Kirjallisuuskatsaus saattaa tuoda esiin puutteita aiemmista tutkimuskatsauksista, joten se voi antaa kehittämisehdotuksia uusille tutkimuksille. (Salminen 2011, 9–10.)

Kirjallisuuskatsauksen tekemisessä ensimmäinen vaihe on tutkimuskysymyksen asettaminen. Tämän jälkeen valitaan kirjallisuus ja tietokannat, joista tietoa haetaan. Sitten kartoitetaan hakutermejä, joilla voisi löytää sopivaa tutkimusaineistoa. Tutkimusaineistoa valitessa on tärkeää pitää aiheen rajaus tiedossa, jotta hakutulokset ja lopullinen työ vastaavat aluksi asetettuja rajoja ja tutkimuskysymystä. Kirjallisuuskatsaukseen valitaan laadukkain mahdollinen materiaali. Esimerkiksi julkaisijat ja julkaisuvuodet voivat rajoittaa materiaalien käyttöä. Tämän pohjatyön jälkeen päästään itse kirjallisuuskatsauksen tekemiseen. (Salminen 2011, 10–11.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on koota luotettavaa tietoa aiheesta päihteiden käyttäjä päivystyksessä. Työn tavoitteena on vastata kysymyksiin miten päihtynyt potilasta hoidetaan päivystyksessä ja mitä hoitajan olisi oleellista tietää päihteistä?

Opinnäytetyön tekeminen alkoi aiheen valinnasta ja työn tarkoituksen asettamisesta. Lähdemateriaalin kokoaminen ja kirjallisuuskatsauksen kirjoittaminen oli seuraava vaihe. Kirjallisuuskatsauksen lähdemateriaaleihin valittiin muutama alan oppikirja, jossa aihetta oli käsitelty pääpiirteittäin. Lähteiden artikkeleita löytyi päihteisiin liittyvillä hakusanoilla, esimerkiksi päihteiden käyttäjä, päihtynyt potilas ja huumausaineet. Työn tekemisen aikana kirjalähteitä ja artikkeleita täydennettiin, kun puutteita lähteissä huomattiin. Esimerkiksi päihdelinkin sivuilta löytyi kattavaa tietoa huumausaineiden vaikutuksista.

Kirjallisuuskatsauksen menetelmien mukaisesti työ on aiheen valinnasta, rajauksesta ja lähdemateriaalien valinnasta edennyt lähteiden referoimiseen. Lähteitä referoidessa on keskitytty siihen, että päihteiden käyttäjä hoidetaan päivystyspoliklinikalla ja hoito on pääsääntöisesti akuuttihoitoa.

3 PÄIHDEONGELMAT

Alkoholi aiheuttaa eniten päihdeongelmia Suomessa. Päihteiden ja lääkkeiden sekakäyttö liittyy erityisesti päihteidenkäyttöön Suomessa. Eniten käytetään sekaisin alkoholia ja lääkkeitä, mutta myös alkoholin, lääkeaineiden ja huumeiden sekakäyttöä esiintyy runsaasti. Lääkeaineiden väärinkäyttöä esiintyy kaikissa ikäryhmissä, kun taas esimerkiksi kannabiskokeilut liittyvät selkeästi eniten nuoriin ikäryhmiin. (Koponen & Sillanpää 2005, 380–382.)

Alkoholin, lääkkeiden ja huumeaineiden samanaikainen käyttö altistaa myrkytyksille ja yliannostuksille. Lääkkeiden väärinkäyttäjät saattavat syödä valtavia lääkemääriä päivässä, mikä aiheuttaa riippuvuutta ja toleranssin eli sietokyvyn kasvua. Huumeaineiden ongelmakäyttäjien lisäksi Suomessa on joukko viihdekäyttäjiä, eli niitä, jotka käyttävät joitakin huumeaineita satunnaisesti esimerkiksi juhlinnan yhteydessä. (Holmström, Kuisma, Nurmi, Porthan & Taskinen. 2013, 672–673.)

Rikoslaki, huumeainelaki ja päihdehuoltolaki ovat keskeisiä huumeaineita koskevia lakeja. Huumeainelaisissa säädetään huumeaineiden tuonnin, viennin, valmistamisen, levittämisen ja käytön ehkäisemisestä. Päihdehuoltolain keskeisin tarkoitus on huumeaineiden käyttäjien hoidon säätely. Päihdehuoltolaki velvoittaa kunnat järjestämään tarvittavan hoidon päihdeikäyttäjille. Huumeaineiden käyttörikos tuli voimaan vuonna 2001. Se mahdollistaa poliisille sakon antamisen huumeaineiden käyttäjälle. Rikostilastoissa eniten näkyvät päihteet ovat kannabis, kokaiini ja ekstaasi. (Holmström 2013, 674; Koponen & Sillanpää 2005, 380–382.)

Huumeiden käyttöön liittyy usein mielenterveysongelmia, joten psykiatrien asiantuntemus on tärkeää. Huumeongelman henkilön hoidossa tarvitaan ennakkoluulotonta ja tuomitsematonta otetta. Ongelmakäyttäjän kanssa keskusteltaessa pyritään avoimuuteen ja luottamuksellisuuteen. Potilaan motivoiminen, hoidon jatkuvuus ja sitouttaminen hoitoon nousevat keskeisiksi asioiksi päihdeongelman hoidossa. Päihdeikäyttäjän hyvään tutkimukseen ja hoitoon kuuluvat tietojen kerääminen ja niiden huolellinen kirjaaminen. Tietoja voidaan kerätä potilaalta, omaisilta tai toisesta hoitopaikasta. (Alho, Autti-Rämö, Eskola, Halmesmäki, Holopainen, Kivitie-Kallio, Lillsunde, Lönnqvist, Mäkelä, Roine, Salaspuro, Savolainen, Seppä, Seppälä, Tacke, Teirilä & Vormo 2006.)

4 PÄIHTEIDEN KÄYTTÄJÄN TUNNISTAMINEN

Epäsiisti olemus voi antaa viitteitä päihdeikäytöstä. Potilaan erikoinen käyttäytyminen voi antaa aiheita epäillä päihdeikäyttöä. Potilaan käytös voi vaihdella ylivilkkaudesta hermostuneisuuteen tai hidasliikkeiseen kontaktikyvyttömyyteen. Suonensisäisten päihdeikäytön voi huomata pistojäljistä, jotka ovat myös voineet tulehtua, jonka seurauksena iholla voi olla märkäpesäkkeiden jättämiä kraattereita. Alkoholin käytön voi tunnistaa alkoholin hajusta hengityksessä tai alkoholin aiheuttamasta horjumisesta, iloisuudesta, itkeskelystä tai nukahtelusta. (Koponen & Sillanpää 2005, 382.)

Toimintakyvyn lasku, mielialan tai tajunnantason vaihtelut, aistiharhat, keskittymiskyvyttömyys, käytöshäiriöt, unettomuus, masentuneisuus, epämääräiset kivut, vatsavaivat, kohonnut verenpaine ja rytmihäiriöt voivat olla viitteitä päihteiden käytöstä. Myrkytykset ja tapaturmat saattavat aiheutua päihteiden käytöstä. Päihteiden käyttäjillä esiintyy usein myös ihmissuhdeongelmia ja taloudellisia vaikeuksia. (Holopainen 2013.)

Päihteidenkäytöstä kannattaa kysyä suoraan ja selkeästi. Alkoholipitoisuus voidaan mitata alkometrillä tai verikokeella. Alkometri mittaa uloshengitysilman alkoholipitoisuutta. Muut päihteet voidaan todeta huumeeseulalla, joka otetaan virtsasta. (Holopainen 2013.)

Päihteidenkäyttöä epäiltäessä tulee pitää mielessä mahdolliset muut sairaudet, jotka voisivat aiheuttaa samanlaisia oireita kuin päihteet. Päähtyneellä potilaalla voi myös olla päähtymyksen lisäksi muita sairauksia, joiden vuoksi potilas on tullut päivystykseen. Esimerkiksi neurologiset sairaudet, kallovammat ja mielenterveyshäiriöt voivat aiheuttaa samankaltaisia oireita kuin päähtymystila. (Holopainen 2013; Koponen & Sillanpää 2005, 383–385.)

5 PÄIHTEIDEN KÄYTTÄJÄN TUTKIMINEN JA HAASTATTELU

Päihteiden käytöstä tulisi kysyä suoraa potilaalta itseltään. Jos potilaalta itseltään ei saa asiallista vastausta, tulee päihteidenkäyttöä kysyä potilaan ystäviltä tai omaisilta, jos he ovat mukana potilaan tullessa päivystykseen. Asialliseen kysymykseen vastataan todennäköisimmin asiallisesti. Kun hoitohenkilökunnan asenne on auttava ja ihmisestä kiinnostunut eikä syyllistävä, uskaltavat päihteidenkäyttäjät ja omaiset paremmin kertoa päihteidenkäytöstä. (Koponen & Sillanpää 2005, 383–385.)

Potilaalle ja omaisille tulee kertoa, miksi päihteidenkäytöstä on tärkeä kertoa, sillä päihteidenkäyttäjät voivat pyrkiä peittelemään todellista päihteidenkäyttöään. Päihdepotilaan kanssa keskusteltaessa henkilökunnan kärsivällinen suhtautuminen ja rauhallinen keskustelu, jossa potilasta ei syyllistetä, ovat avainasemassa. (Koponen & Sillanpää 2005, 383–385.)

Päihdepotilaan hoidossa on tärkeää saada selville päivystykseen tulon syy, tämänhetkinen päihteiden käyttö ja käyttötavat, ainemäärät ja käyttöhistoria. Näiden tietojen perusteella voidaan arvioida vieroitusoireiden voimakkuutta ja ajankohtaa, aineriippuvuuden voimakkuutta sekä potilaan lääketieteellistä hoitoa. Päihdepotilaan haastattelun yhteydessä tarkistetaan vitamiinilintoiminnot, eli hoitotyössä mitataan lämpö, happisaturaatio, hengitysfrekvenssi, verenpaine, pulssi sekä otetaan sydänfilmi. (Koponen & Sillanpää 2005, 383–385.)

Vakavan taudin tai myrkytyksen erotusdiagnostiikassa tai hoidossa saa tehdä huumeetestin ilman potilaan suostumusta. Myös poliisiin pyynnöstä liikennejuopumusta epäiltäessä saa tehdä huumeetestin ilman potilaan lupaa. Potilaan luvalla huumeetestejä voi käyttää osana hoitoa. Huumeetestien avulla

voidaan seurata hoitomyöntyvyyttä ja hoitotulosta. (Aalto, Alho, Kiianmaa & Seppä 2012, 53; Alho ym. 2006.)

Huumausaineet testataan yleensä virtsasta, sillä virtsanäyte on luotettavampi kuin sylkinäyte, koska useimmat huumausaineet väkevöityvät virtsaan. Verinäytteestä voidaan arvioida elimistössä olevaa huumausaineiden määrää ja vaikutuksen alaisuutta. Huumausainetestit otetaan hoitopaikan yleisten käytänteiden mukaan. Niiden ottamisessa kuitenkin korostuu valvottu näytteen otto ja luotettava kuljetus laboratorioon. Joskus joudutaan tekemään laaja huumeselonta, sillä tavanomaiset immunologiset seulontatestit kattavat vain osan huumausaineista. Näitä huumausaineita ovat amfetamiini, metamfetamiini, kannabis, kokaiini, LSD ja opiaatit. (Aalto ym. 2012, 54–59.)

Immunologisten menetelmien ongelmana ovat ristireaktiot samankaltaisten lääkkeiden kanssa. Tämän vuoksi esivaiheen analyysissä saatu positiivinen tulos varmistetaan varmistusanalyysillä. Varmistusanalyysissä saatu positiivinen tulos osoittaa näytteen sisältävän todettua ainetta. Immunologisissa seulontamenetelmissä käytetään tutkittavalle aineelle valmistettua spesifistä vasta-ainetta sekä radioaktiivisesti tai muulla tavoin leimattua tutkittavaa ainetta. (Aalto ym. 2012, 55–56.)

Jotkut huumausaineet näkyvät virtsanäytteessä vielä käytön lopettamisen jälkeenkin. Tavallisimpien huumeiden viitteellisiä toteamisaikoja virtsasta ovat kannabiksen suurkäyttäjillä 14–30 vuorokautta, päivittäiskäyttäjällä 5–14 vuorokautta ja satunnaiskäyttäjällä 1–5 vuorokautta käytön lopettamisen jälkeen. Amfetamiinit näkyvät virtsanäytteessä 2–6 vuorokautta, gamma yhden vuorokauden, kokaiini 1–4 vuorokautta, LSD maksimissaan kaksi vuorokautta, buprenorfiini 14–21 vuorokautta, metadoni 7–14 vuorokautta ja heroini sekä morfiini 1–3 vuorokautta. (Aalto ym. 2012, 57.)

Potilaan päihteidenkäytöstä ei voi keskustella realistisesti ennen kuin potilaan päihtymystila on laskenut. Potilaan kotiutuessa olisi toivottavaa, että omahoitaja ja sosiaalityöntekijä keskustelisivat potilaan kanssa päihteiden käytöstä. Varhaisella puuttumisella on saatu hyviä tuloksia, joten päihteiden käyttö tulisi ottaa aina puheeksi. Päihteidenkäyttöön liittyviä esitteitä ja testejä voi hyödyntää keskustelun lomassa. Päihteidenkäytön lopettamisen yhteydessä keskustellaan erilaisista avo- ja laitoshoidon mahdollisuuksista, jotka tukevat päihteidenkäyttäjän kuntoutusta. (Koponen & Sillanpää 2005, 391–392.)

6 ALKOHOLIN VÄÄRINKÄYTTÖ

Alkoholin runsas tai pitkäaikainen käyttö voi vahingoittaa mitä tahansa elinjärjestelmää. Vaurioiden ilmaantumiseen vaikuttavat alkoholin käytön kesto ja käytetty alkoholimäärä sekä perimä. Alkoholi ja sen aineenvaihduntatuotteet ovat myrkyllisiä. Alkoholin hajoaminen elimistössä eli metabolia voi aiheuttaa häiriöitä elimistössä. (Holmström ym. 2013, 663–665.)

Alkoholismi on sairaus, jossa alkoholiin on syntynyt riippuvuus. Riippuvuus aiheuttaa vahvaa halua ja tarvetta juoda alkoholia. Juomista ei silloin

pysty kontrolloimaan, jonka vuoksi juomisen aloitettua se on vaikeaa lopettaa. Alkoholisteilla alkoholiin on syntynyt fyysinen riippuvuus, mikä aiheuttaa vieroitusoireita juomisen loputtua. Alkoholia paljon juoville syntyy toleranssi eli alkoholin sietokyky kasvaa. Alkoholin väärinkäyttäjillä ei ole fyysistä riippuvuutta alkoholiin, mutta alkoholin suurkulutus aiheuttaa muita ongelmia, esimerkiksi tapaturmien ja terveysongelmien riski kasvaa. (MedlinePlus Trusted Health Information for you 2015.)

Alkoholin suurkulutuksen riskirajat ovat miehillä 24 annosta viikossa tai seitsemän annosta vuorokaudessa ja naisilla 16 annosta viikossa tai viisi annosta vuorokaudessa. Yksi alkoholiannos on yksi pullo keskiolutta tai siideriä, yksi 12 cl lasillinen viiniä tai 4 cl väkevää viinaa. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 56; Kohtuuskäytön rajat n.d.)

6.1 Alkoholin suurkulutus ja sen vaikutukset

Alkoholilla on toksisia eli myrkyllisiä vaikutuksia keskushermostossa. Sen vaikutuksen seurauksena voi aiheutua aivokudoskatoa eli aivoatrofiaa. Liike ja tasapainovaikeudet johtuvat pikkuaivojen aivokudoskadosta, kun taas isojenaivojen atrofia johtaa henkisen suorituskyvyn laskuun ja aiheuttaa muistamattomuutta. Aivoverenvuodon ja aivoinfarktin riski on alkoholin suurkuluttajilla suurentunut. (Holmström ym. 2013, 663–665.)

Wernicke-Korsakoffin oireyhtymä on aivojen toiminnan häiriö, joka aiheutuu, kun B1 vitamiinin puutteesta kärsivä saa hiilihydraatteja. Wernicke-Korsakoffin oireyhtymä aiheutuu tavallisimmin pitkäaikaisen alkoholin käytön seurauksena, mutta myös heikko ravitsemustilanne voi johtaa siihen. Wernicke-Korsakoffin oireyhtymä alkaa Wernicken taudilla, joka tuhoaa aivojen osia, mitkä vaikuttavat hermoston ja umpieritysjärjestelmän toimintaan. Korsakoffin oireyhtymä vahingoittaa niitä aivojen alueita, mitkä vaikuttavat muistiin. Korsakoffin psykoosi on seurausta pitkäaikaisesta aivojen vaurioitumisesta. (Holmström ym. 2013, 663–666; Krause & Roth 2012.)

Harvinaisempia puutostauteja joita voi esiintyä, ovat Pellegra ja Marchia-Bignamin oireyhtymä. Pellegra aiheutuu nikotiinihapon puutteesta aivoissa. Sen oireina voi olla muistamattomuutta, epilepsiaa, raajojen jäykkyyttä, ihottumaa, kävelyvaikeuksia tai suoliston häiriöitä kuten ummetusta tai ripulia. Marchiafa-Bignamin oireyhtymän syntymekanismit eivät ole tiedossa, mutta siihen liittyy aivokurkiaisien vaurio ja oireet ovat samankaltaisia kuin pellegran taudissa. (Holmström ym. 2013, 663–665.)

Alkoholipolyneuropatia on liike- ja tuntohermojen sairaus, joka aiheuttaa tuntuu puutoksia, kipuja ja lihasten surkastumista. Oireet etenevät raajojen ääreisosista vartaloa kohti. Myös rytmihäiriöitä tai häiriöitä verenpaineen säätelyssä, virtsaamisessa, suoliston toiminnoissa, hikoilussa tai seksuaalisissa toiminnoissa voi esiintyä. (Holmström ym. 2013, 666.)

Alkoholi lisää aivolisäkkeen lisämunaishormonin eritystä, jonka vaikutuksesta stressihormonien eli kortisolin, adrenaliinin ja noradrenaliinin erity-

lisämunuaisissa kasvaa. Stressihormonien lisääntynyt erityys johtaa verenpaineen nousuun ja mahdollisesti rytmihäiriöihin ja sydänlihassmuutoksiin. (Holmström ym. 2013, 668.)

Alkoholi on suurin kardiomyopatian eli sydänlihassaurauden riskitekijä, sillä noin 21–32 % kardiomyopatia tapauksista on alkoholin aiheuttamia. Alkoholin suurkuluttajalla rytmihäiriöiden ja sydänperäisen äkkikuoleman riski kasvaa, mikä voi johtua magnesiumin ja kaliumin puutoksista tai adrenaliinin ja noradrenaliinin erittymisestä. EKG eli Elektro Kardio Grafia mittaa sydämen sähköistä toimintaa. Autonomisen eli tahdosta riippumattoman hermoston rappeutuminen voi johtaa EKG:ssä havaittavaan pitkittyneeseen QT-aikaan, mikä enteilee runsaasti alkoholia käyttävällä sydänperäistä äkkikuolemaa. (Havio ym. 2008, 72, 78; Holmström ym. 2013, 666.)

Alkoholin aiheuttamia maksavaurioita ovat rasvamaksa, alkoholihepatiitti ja maksakirroosi. Rasvamaksassa triglyseridejä eli rasvaa kertyy maksasoluihin. Rasvamaksa on yleensä oireeton, jolloin löydöksenä on ainoastaan suurentunut maksa. Se korjaantuu alkoholinkäytön lopettamisen jälkeen. (Havio ym. 2008, 76; Holmström ym. 2013, 667.)

Alkoholihepatiitin oireita ovat vatsakivut, kuume sekä suurentunut ja aristava maksa. Potilaan iho on yleensä kellertävä. Usean vuoden runsas alkoholinkäyttö edeltää yleensä alkoholihepatiittia. Vaikean alkoholihepatiitin hoitoon voidaan käyttää prednisolonia pienenevin annoksina. Jos alkoholin käyttöä ei lopeta, alkoholihepatiitti kehittyy maksakirroosiksi. (Holmström ym. 2013, 667.)

Maksakirroosissa maksakudos vähenee ja korvautuu sidekudoksella, mikä johtaa maksan vajaatoimintaan. Vajaatoiminnan seurauksena aiheutuu aivotoiminnan häiriöitä, valkosolujen ja verihutaleiden vähyttä sekä hyytymistekijöiden puutetta, sillä maksa valmistaa hyytymistekijöitä. ”Sidekudoksen lisääntyminen tuhoaa maksan verenkiertojärjestelmää, mikä johtaa suolistosta tulevan laskimokierron (porttilaskimon) paineen nousuun.” Tämä johtaa ruokatorven alaosan laskimoiden laajenemiseen ja proteiinipitoisen nesteen eli askitekseen kertymisen vatsaonteloon. Muita maksakirroosin oireita ovat keltaisuus, ruokahaluttomuus, painon lasku, vatsan turvotus, heikotus, kuumeilu, verenvuototaipumus ja tajunnanhäiriöt. (Havio ym. 2008, 76; Holmström ym. 2013, 667.)

Maksakirroosia voidaan joissain tapauksissa hoitaa leikkauksella, jossa maksa ohitetaan proteesilla. Maksansiirto käy hoitomuotona maksakirroosiin. Ennen maksansiirtoa potilaan täytyy olla juomatta alkoholia vähintään kuuden kuukauden ajan. (Holmström ym. 2013, 667.)

Rasvamaksa ja alkoholihepatiitti voivat johtaa vaikeaan maksan vajaatoimintaan tai maksakoomaan. Maksan vajaatoiminnassa maksa ei pysty käsittelemään elimistön aineenvaihduntatuotteita esimerkiksi ammoniakkiä yhtä hyvin kuin terve maksa. Tämä voi johtaa maksakoomaan, joka aiheuttaa aivojen toimintahäiriöitä, jolloin oireina ilmenee keskittymiskyvyn puutetta, yläraajojen vapinaa, lihasnykäyksiä, kouristelua, puhevaikeuksia ja

muistamattomuutta. Tila voi johtaa syvään tajuttomuuteen. (Holmström ym. 2013, 667.)

Alkoholi aiheuttaa suurkuluttajille haimavaurioita, joista krooninen haimatulehdus on yleisin. Haimatulehduksessa haimakudos korvautuu sidekudoksella, mikä johtaa haiman vajaatoimintaan. Ylävatsakivut ruokailun jälkeen, diabetes sekä imeytymishäiriöstä johtuva painon putoaminen ja rasvaripuli ovat merkkejä kroonisesta haimatulehduksesta. Kroonisessa haimatulehduksessa hoitona voidaan käyttää suun kautta otettavia haimaentsyymejä, jotka myös lievittävät kipuja. Tukkeutuneita haimateitä voidaan avata kirurgisesti. (Holmström ym. 2013, 667–668.)

Akuutissa haimatulehduksessa haiman erittämät ruuansulatusentsyymit alkavat hajottaa haimakudosta. Akuutin haimatulehduksen oireita ovat voimakas, yömäinen ylävatskipu, pahoinvointi ja oksentelu. Riittävä nesteytys on akuutin haimatulehduksen tärkein hoito. Taudissa nestettä kertyy vatsaonteloon. Tästä aiheutuu nestevaje, joka johtaa riittämättömään hapen tarjontaan kudoksille, josta aiheutuu hengityksen ja munuaisten vajaatoiminta. (Havio ym. 2008, 71; Holmström ym. 2013, 667–668.)

Refluksitautia eli happaman mahansisällön joutumista ruokatorveen esiintyy alkoholin suurkuluttajilla muita enemmän. Alkoholi heikentää ruokatorven sulkijalihaksen supistusvoimaa, jolloin hapanta mahanestettä pääsee nousemaan ruokatorveen. Juomisen lopettamisen on todettu lievittävän refluksitaudin oireita. Refluksitauti voi johtaa ruokatorven kaventumaan ja limakalvomutoksiin, jotka edesauttavat ruokatorvisyövän syntymistä. Alkoholin käytön seurauksena mahalaukun ja ohutsuolen limakalvot voivat turvota ja vuotoherkkyyttä voi esiintyä. Tästä johtuvia oireita ovat verioksentelu, pahoinvointi, ruokahaluttomuus ja ylävatsakivut. (Havio ym. 2008, 77; Holmström ym. 2013, 663.)

Alkoholin toksisen vaikutuksen takia verihiutaleiden määrä vähenee ja niiden toiminta heikkenee, punasolujen keskitilavuus kasvaa ja niiden koko voi vaihdella. Huono ravitsemustila tähän yhdistettynä aiheuttaa anemioita. (Holmström ym. 2013, 669.)

Alkoholit ovat herkempiä infektioille, sillä alkoholi heikentää elimistön puolustusjärjestelmän toimintaa. Alkoholisteilla valkosolujen määrä on vähentynyt ja niiden toiminta heikentynyt. Huono hygienia ja puutteellinen ravinto lisäävät infektioitautien riskiä. Alkoholisteilla esiintyykin bakteeriperäistä keuhkokuumetta, spontaania sepsistä, vatsakalvon tulehdusta, aivokalvon tulehdusta, kurkkumätää ja tuberkuloosia muita enemmän. Huono hoitomyöntyvyys ja hoitoon hakeutumisen viivästyminen hankaloittavat infektioiden hoitoa. (Holmström ym. 2013, 669.)

Alkoholin runsas käyttö yhdistettynä huonoon syömiseen tai oksenteluun johtaa maksan hiilihydraattivaraston puutteeseen, josta ketoasidoosi aiheutuu. Ketoasidoosissa veren pH- ja bikarbonaattipitoisuudet ovat alhaisia ja emäsyylimäärä on negatiivinen. Veren sokeripitoisuus on alhainen ja virtsassa on ketoaineita. Ketoasidoosin oireita potilailla ovat kiivas hengitys,

matala verenpaine ja alhainen tajunnan taso. Laktaatti eli maitohappo-asidoosia esiintyy alkoholin suurkuluttajilla. Tällöin virtsasta ei löydy ketoaineita ja veren laktaattipitoisuus on suurentunut. Oireet ovat samankaltaisia kuin ketoasidoosissa. Nestehoito ja sokerin anto ovat hoitomuotoja keto- ja laktaattiasidooseihin. (Holmström ym. 2013, 668–669.)

Päivystyksessä potilaalta on tärkeää poissulkea muut metabolista asidoosia aiheuttavat tilat, jotta tiedetään, että runsas alkoholin käyttö on johtanut ketoasidoosiin. Metanoli ja etyleeniglykoli myrkytykset on tärkeää poissulkea alkoholisteilta. (Holmström ym. 2013, 668–669.)

Alkoholi lisää uraatin eli virtsahapon tuotantoa elimistössä ja altistaa siten kihdille. Kihti syntyy, kun uraatti kiteytyy niveliin ja aiheuttaa nivelissä tulehdusreaktion. Kihdin oireita ovat kipu, punoitus ja turvotus nivelissä. Oireet alkavat usein isovarpaan tyvinivelestä, mutta kihti voi aiheuttaa myös muiden nivelten tulehdusta ja kipuilua. Alkoholin lisäksi kihtiä aiheuttavat runsaasti puriineja sisältävät ruoka-aineet. Eläinten nahka ja sisäelimet, herneet, pavut, soija ja sienet sisältävät runsaasti puriineja, joten kihtiä sairastavan potilaan tulee välttää niitä sisältäviä ruoka-aineita. (Mustajoki 2015.)

Veren suurentunut uraattipitoisuus viittaa kihtiin, mutta varmistus diagnosoille saadaan, kun uraattikiteitä havaitaan näytteessä, joka imetään kipeästä nivelestä. Kihikkohtausten hoitoon käytetään tulehduskipulääkkeitä, joista indometasiini on tehokkain. Myös kortisonikuuria voidaan käyttää hoitona. Kipeä ja turvonnut nivel voidaan myös tyhjentää liikanesteestä ja tilalle voidaan ruiskuttaa kortisonia. (Mustajoki 2015.)

Alkoholi edesauttaa osteoporoosin syntymistä siten, että se heikentää kalsiumin imeytymistä suolistossa, vähentää elimistön D-vitamiini pitoisuutta ja haittaa osteoblastien eli luuta muodostavien solujen toimintaa. Osteoporoosi suurentaa luunmurtumien riskiä. (Holmström ym. 2013, 668–669.)

Hypoglykemian eli matalan verensokerin riski on alkoholin vaikutuksen alaisena suurentunut, etenkin paastotilanteissa. Alkoholin maksassa tapahtuva aineenvaihdunta estää glukoosin tuotannon ja pienentää maksan glykokeenivarastoja. Etenkin insuliinia käyttävillä diabeetikoilla hypoglykemian riski on suuri, sillä alkoholi tehostaa insuliinin vaikutusta. (Castrén, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paakkonen, Pousi & Väisänen 2012, 230–231; Holmström ym. 2013, 668–669.)

6.2 Alkoholin vieroitusoireet ja niiden hoito

Alkoholivieroitusoireet voivat olla vakavia ja hoitamattomina johtaa potilaan menehtymiseen. Vieroitusoireet lisäävät rytmihäiriöiden ja kouristelun ilmaantuvuutta. Vieroitusoireet johtuvat sympaattisen eli ei-tahdonalaisen hermoston ylivilkkaudesta. Viikkoja kestänyt alkoholin runsas ja säännöllinen käyttö johtaa usein vieroitusoireisiin 1–6 vuorokauden kuluttua juomisen loppumisesta. (Holmström ym. 2013, 663–666.)

Lieviä vieroitusoireita ovat päänsärky, vapina, heikotus, ärtyneisyys, unettomuus, ohimenevät harhat sekä oksentelu ja pahoinvointi. Aiemmat vaikeat vieroitusoireet ja liitännäissairaudet sekä yli 145 mmHg:n systolinen verenpaine eli yläpaine sairaalaan tultaessa ennakoivat vaikeita vieroitusoireita. (Holmström ym. 2013, 663–666.)

Alkoholi estää kiihottavien reseptoreiden toimintaa ja voimistaa hillitsevien reseptoreiden toimintaa aivoissa. Kouristelu vieroitusoireiden aikaan johtuu siitä, että viikkoja jatkuneen juomisen seurauksena aivot ovat ehtineet tottua alkoholin mukanaoloon elimistössä, jolloin hillitsevien reseptoreiden toiminnot aivoissa heikkenevät ja kiihottavien reseptoreiden voimistuvat. Juomisen loputtua aivot eivät ehdi sopeutua muutokseen, jossa alkoholia ei ole enää elimistössä, jolloin syntyy epätasapaino hillitsevien ja kiihottavien toimintojen välillä. Tämän seurauksena sympaattinen hermosto on ylivilkkaustilassa, jonka seurauksena voi aiheutua kouristelua. (Holmström ym. 2013, 663–666.)

Delirium tremens ja Wernicke-Korsakoffin oireyhtymä kuuluvat vaikeisiin vieroitusoireisiin. Sekavuus, kiihtyminen, sympaattisen hermoston ylivilkkaus, kuume, harhaisuus, kouristelu sekä neste- ja suolatasapainon häiriöt kuuluvat delirium tremensin oireisiin. (Holmström ym. 2013, 663–666.)

Tiamiini on yksi B1 vitamiinin muodoista. Alkoholin suurkuluttajalla tiamiinin saanti on heikentynyt ja sen imeytyminen häiriintynyt. Hiilihydraattien anto tällaiselle potilaalle aiheuttaa Wernicken taudin. Taudin ehkäisyssä käytetäänkin tiamiinin antamista lihakseen tai laskimonsisäisesti vähintään kolmena päivänä peräkkäin. Annos on yleensä 250 mg kerran vuorokaudessa. Jos potilaan tila on edennyt Wernicken tautiin asti, hoidetaan tautia suun kautta otettavilla B1 vitamiinia sisältävillä monivitamiinivalmisteilla. (Holmström ym. 2013, 663–666.)

Wernicken taudin oireita ovat silmien liikehäiriöt, kuten silmävarve, jossa silmät liikkuvat edestakaisin tahdosta riippumatta, tajunnan häiriöt, perifeerinen neuropatia eli tuntohäiriöt raajojen ääreisosissa sekä kävely- ja tasapainovaikeudet. Hoitamattomana tila voi edetä Korsakoffin psykoosiin, johon kuuluvat muistihäiriöt. Korsakoffin psykoosissa ihminen saattaa pakkata muistin aukkoja satuilulla. Korsakoffin psykoosiin ei ole parantavaa hoitoa. (Havio ym. 2008, 78–79; Holmström ym. 2013, 663–666.)

Alkoholin runsas käyttö aiheuttaa natriumin, kloridin, kaliumin, kalsiumin, magnesiumin ja fosfaatin puutteita. Matalilla kalium ja kloridipitoisuuksilla on yhteys vaikeiden vieroitusoireiden aiheutumiseen. Suolatasapainon korjaamisella voidaan ehkäistä ja hoitaa vieroitusoireita. Suolatasapainoa tulee korjata maltillisesti, sillä keskushermoston solut ovat sopeutuneet hitaasti kehittyvään natriumin ja kaliumin puutteeseen eikä solujen säätelymekanismi pysy perässä, jolloin solut voivat vaurioitua ja tuhoutua, jos potilas saa runsaasti natriumia. (Holmström ym. 2013, 663–666.)

Vieroitusoireita voidaan hoitaa diatsepaamilla, jota annetaan 10–20 mg suun kautta 1–2 kahden tunnin välein kunnes potilas nukahtaa tai 200 mg tulee täyteen. Diatsepaamin sijasta voidaan käyttää loratsepaamia 2–4 mg

annoksella suonensisäisesti. Loratsepaamia annetaan 1–2 tunnin välein, kunnes potilas nukahtaa. Nukahtamisen jälkeen vieroitusoireiden hoitamista voidaan jatkaa annoksella 2 mg loratsepaamia kolme kertaa vuorokaudessa suonensisäisesti. Mahahaavan estohoitoon voidaan antaa omeprazolia 40 mg kerran päivässä suonensisäisesti. Levottomalle potilaalle voidaan antaa tarvittaessa haloperidolia 2,5–5 mg lihakseen tai suonensisäisesti tunnin välein, kunnes potilas rauhoittuu tai 60 mg vuorokaudessa tulee täyteen. Beetasalpaajia voidaan antaa tarvittaessa. (Holmström ym. 2013, 663–666.)

6.3 Alkoholin vaikutuksen alaisena oleva potilas päivystyksessä

Tapaturmia tapahtuu alkoholin vaikutuksen alaisena enemmän kuin tavallisesti. Humalatilan aiheuttamat tasapaino ja liikkumisvaikeudet vaikuttavat tapaturmien syntyyn. Tapaturmat voivat olla esimerkiksi murtumia tai palovammoja. Vakavista loukkaantumisista noin 33–50 % johtuu alkoholista. Alkoholin suurkuluttajilla vammoista toipuminen vie pidempään ja erilaiset komplikaatiot ovat yleisempiä. (Holmström ym. 2013, 669.)

Päivystykseen tullut päihtynyt potilas haastatellaan ja tutkitaan. Päihtymystila ei saa estää hoidon tarpeen arviointia tai järjestämistä. Päihtyneen ensisijainen hoitopaikka on selviämisasema tai muu hoitopaikka. Jos potilas puhalttaa alle 2.5–3 promillea tai on alkoholisti, on tajuissaan ja peruselintoiminnot ovat kunnossa, ei hän tarvitse sairaalahoitoa. Sairaalahoitoa tarvitsematon aggressiivinen potilas voidaan viedä poliisin säilytystilaan. (Holmström ym. 2013, 670–671.)

Päivystyksen seurantaan kuuluvat potilaat, joiden tajunnantasoa on laskenut tai jotka puhaltavat yli 2,5 promillea eivätkä ole alkoholin suurkuluttajia. Jos potilaalla on jokin peruselintoimintojen häiriö, mikä voi ilmetä rintaa- tai vatsakipuna tai hengitysvaikeuksina tai potilaalla epäillään myrkytystä tai kallovammaa kuuluu potilas päivystyksen seurantaan. Jos potilas on välittömässä psykiatrisen arvion tai hoidon tarpeessa, tulee hänet ottaa vastaan päihtymystilasta huolimatta. (Holmström ym. 2013, 670–671.)

Alaikäiset voimakkaasti päihtyneet kuuluvat päivystyksen seurantaan. Päihteiden vaikutuksen alaisena olevasta alaikäisestä tulee ilmoittaa sosiaaliviranomaisille, jotta lastensuojelutoimet voidaan käynnistää. Poliisille on syytä ilmoittaa, jos epäillään, että alaikäiselle on myyty huumeita. (Holmström ym. 2013, 670–671, 686.)

Etanoli on alkoholi, jota on alkoholijuomissa. Alkoholin käytön seurauksena aiheutuu humalatila, jossa aivojen toiminta hidastuu. Suuret annokset voivat johtaa etanolimyrkytykseen, jolloin oireina ilmenee sammumista, ja vakavissa tapauksissa sydämen- ja hengityksen pysähtymistä. Hengityksen turvaaminen on etanolimyrkytyksen hoidossa keskiössä. Muu hoito on oireen mukaista, hyvästä nesteytyksestä huolehtien. Isopropanoli aiheuttaa etanolin kaltaisia oireita, mutta sen vaikutus on voimakkaampi. Isopropanolimyrkytyksiä hoidetaan samoin kuin etanolimyrkytyksiä. Isopropanolia käytetään tuulilasinpesunesteissä ja jäänestoliuoksissa. (Castrén ym. 2012, 219–220.)

Etanolin lisäksi metanoli ja etyleeniglykoli aiheuttavat myrkytyksiä ja kuolemia Suomessa. Muun muassa kaasuspriit, maalit, maalinpoistoaineet, lakat ja tuulilasipesunesteet sisältävät metanolia. Metanolin myrkyllinen hajoamistuote on muurahaishappo, joka kerääntyy helposti elimistöön, mutta sen poistuminen voi viedä useita vuorokausia. Metanolimyrkytyksen ensioireita ovat humala, pahoinvointi, oksentelu ja vatsakivut, jonka jälkeen usein seuraa 6–30 tuntia kestävä oireeton vaihe. Myrkytystilan jälkimmäisiä oireita ovat asidoosi, hyperventilaatio eli tihentynyt hengitys, näköhäiriöt, sokeus, kouristukset, syanoosi eli ihon sinerrys ja tajuttomuus. Metanolimyrkytyksissä hoitomuotoina käytetään vatsan tyhjennystä, jos aineen juomisesta on kulunut alle kaksi tuntia, natriumbikarbonaattia tai vasta-ainehoitona etanolia tai fomepitsolia. Hemodialyysi eli veren dialyysipuhdistus on tehokkain hoitomuoto ja sitä käytetään etenkin vaikeissa myrkytystapauksissa. (Castrén ym. 2012, 219–220.)

Etyleeniglykolia sisältäviä tuotteita ovat pakkasnesteen, jäädytysnesteen, jäänpoistoaineet ja jarrunesteet. Etyleeniglykoli imeytyy ja poistuu elimistöstä nopeasti. Etyleeniglykolimyrkytys aiheuttaa aluksi keskushermostoon liittyviä oireita ja hyperglykemiaa eli veren korkeaa sokeripitoisuutta ja asidoosia. 12–36 tunnin kuluttua saattaa ilmetä hengitysvaikeuksia tai keuhkopöhöä. Etyleeniglykolimyrkytys voi kahden tai kolmen vuorokauden päästä johtaa akuuttiin munuaisten vajaatoimintaan. Myrkytystilaa hoidetaan samoin kuin metanolimyrkytystä. (Castrén ym. 2012, 219–220.)

7 HUUMAUSAINEIDEN VAIKUTUS

Tässä luvussa käsitellään Suomessa yleisimmin esiintyviä huumausaineita. Huumausaineet ovat jaettu niiden vaikutuksen perusteella kolmeen eri luokkaan, joita ovat keskushermostoa kiihottavat ja lamaavat huumausaineet sekä hallusinogeeniset huumausaineet.

7.1 Keskushermostoa kiihottavat huumausaineet

Keskushermostoa kiihottavia huumausaineita ovat amfetamiini ja sen johdannaiset, kokaiini, khat sekä muuntohuumeet. Keskushermostoa kiihottavat huumausaineet kiihdyttävät elintoimintoja, kuten esimerkiksi sydämen löyntitiheyttä. (Holmström ym. 2013, 675–677.)

Keskushermostoa kiihdyttävien aineiden käyttäjät ovat kiihtyneitä ja levottomia ja kokevat, etteivät he tarvitse unta. Kiihdyttäviä aineita käyttävän elimistö toimii ylikierroksilla ja stressitilassa ylipitkiä aikoja. Kyseiset aineet kuormittavat käyttäjää sekä fyysisesti että psyykkisesti. (Koponen & Sillanpää 2005, 388–390.)

Amfetamiini ja sen johdokset kuten metamfetamiini ja ekstaasi ovat vaa-leahkoja jauheita, tabletteja, kapseleita tai nesteitä. Niitä käytetään suun kautta, nuuskaamalla ja suonensisäisesti. (Amfetamiini n.d; Havio ym. 2008, 85.)

Amfetamiinivalmisteiden vaikutuksiin kuuluvat euforian tunteen lisääntyminen, ylienergisyyys, itsevarmuus sekä seksuaalisuuden ja voimakkuuden tunne. Tämän lisäksi ruokahalu heikkenee ja voi ilmetä unettomuutta, sekaavuutta, aistiharhoja, vainoharhaisuutta, masennusta, vapinaa ja suun kuivuutta. Pitkäaikainen käyttö voi aiheuttaa persoonallisuuden muutoksia, skitsofreniaa ja psykoosia. (Amfetamiini n.d; Havio ym. 2008, 85.)

Amfetamiini aiheuttaa herkästi riippuvuutta. Käytön myötä myös toleranssi aineeseen kasvaa. Vapina, hikoilu, kouristukset, ahdistuneisuus, apaattisuus, masennus ja pelkotilat ovat amfetamiinin vieroitusoireita. (Amfetamiini n.d.)

Kokaiini on valkoista jauhetta, jota valmistetaan koka-pensaan lehdistä. Sitä käytetään nuuskaamalla, polttamalla ja suonen sisäisesti. Se vaikuttaa laimaannuttavasti tuntohermoihin sekä estää dopamiinin, noradrenaliinin ja serotoniinin takaisin oton hermosoluihin. (Havio ym. 2008, 86; Kokaiini n.d.)

Kokaiinin vaikutuksia ovat euforian tunne, itsevarmuus, puheliaisuus, hilpeys, energisyys, aistiherkkyys ja omien kykyjen yliarviointi. Myös ruokahaluttomuutta esiintyy. Vapina, huimaus, lihaskrampit, vainoharhaisuus ja pelkotilat ovat myös mahdollisia. Kokaiinin vaikutuksen loputtua käyttäjä saattaa olla ärtynyt, rauhaton tai masentunut. Pitkäaikaisen käytön vaikutuksia ovat kognitiivisten toimintojen heikentyminen, aistiharhat, unettomuus ja seksuaaliset toimintahäiriöt. (Kokaiini n.d.)

Kokaiini aiheuttaa voimakasta riippuvuutta. Käytön yhteydessä toleranssi kasvaa. Riippuvuus on yleensä psyykkistä, mikä aiheuttaa himoa kokaiiniin ja vaikeuksia hallita sen käyttöä. (Kokaiini n.d.)

Khat on Itä- ja Etelä-Afrikasta Suomeen rantautunut huumausaine. Khat-pensaan tuoreet lehdet ja versot aiheuttavat huumavan vaikutuksen. Khatin lehtiä pureskellaan noin 100 grammaa huumavan vaikutuksen aikaansaamiseksi. Sillä on euforisoiva, piristävä ja puheliaisuutta lisäävä vaikutus. Khat muistuttaa fysiologisilta vaikutuksiltaan amfetamiinia ja kohottaa sykettä ja verenpainetta. Käyttö on yleistä maahanmuuttajataustaisten miesten keskuudessa. (Holmström ym. 2013, 678.)

Muuntohuumeet ovat aineita, jotka ulkoisten ominaisuuksien ja vaikutusten puolesta ovat huumeita, mutta joiden molekyyli-rakennetta on muutettu siten, etteivät ne ole lainsäädännöllisesti huumausaineita. Joitain muuntohuumeita on saatu luokiteltua huumausaineiksi, kuten esimerkiksi katinonijohdannaiset MDPV ja 4MMC sekä piperidiinijohdannaiset 2-DPMP ja mCPP. Keskushermostoa kiihottavat muuntohuumeet ovat usein vahvempia, mutta muuten vaikutukselta ja käyttötavoilta amfetamiinin kaltaisia. (Holmström ym. 2013, 678.)

7.2 Keskushermostoa lamaavat huumausaineet

Opiatit ovat keskushermostoa lamaavia aineita. Ne rauhoittavat, lievittävät kipua ja aiheuttavat euforian tunnetta. Oopiumiunikon kypsymättömistä

siemenkodista saadaan oopiumia. Morfiini ja heroini valmistetaan käsitelystä raakaoopiumista. Morfiinia käytetään lääketieteellisesti kivunlievitykseen. Heroini on koostumukseltaan vaaleaa tai ruskeaa jauhetta. Sitä esiintyy myös massana, joka voi olla kokkareista tai tahmaista ja tumman väristä. Heroinia käytetään yleensä suonensisäisesti sitruunamehuun tai askorbiinihappoliuokseen sekoitettuna. Sitä voidaan myös polttaa tai nuuskata. (Havio ym. 2008, 88–89; Holmström ym. 2013, 678–679; Koponen & Sillanpää 2005, 388–390.)

Fentanyyli ja buprenorfiini ovat synteettisiä opioideja, joita käytetään vakavien kiputilojen hoitoon. Buprenorfiinia on alun perin käytetty heroinin vieroitushoidossa. Sillä on rauhoittava vaikutus, kuten muillakin opiaateilla, mutta euforian tunne on vähäisempi. Väärinkäyttäjät käyttävät buprenorfiinia ja fentanyyliä suonensisäisesti. (Holmström ym. 2013, 679.)

Gamma eli gammahydroksibutyraatti ja sen esiaste lakka aiheuttavat rentoutuneen ja euforisen olotilan. Gammaa nautitaan suun kautta sellaisenaan tai nesteeseen sekoitettuna. Gamman yliannostuksen oireita ovat pahoinvointi, huimaus, verenpaineen lasku, tajuttomuus ja hengityksen lamautuminen. Hengityslama voi johtaa kuolemaan. Sen riski suurenee, jos gammaa käytetään alkoholin kanssa. (Holmström ym. 2013, 680–681.)

Opiaatit aiheuttavat voimakasta riippuvuutta, joka kehittyy nopeasti. Voimakkaat vieroitusoireet ovat tavanomaisia. Niihin kuuluvat vapina, hikoilu, palelu, pahoinvointi, heikotus ja kipu. Vieroitusoireista kärsivän silmät voivat olla verestävät tai pupillit laajentuneet. (Havio ym. 2008, 89; Holmström ym. 2013, 678.)

7.3 Hallusinogeenisiä vaikutuksia aiheuttavat huumausaineet

Aistiharhat tai aistien voimistuminen kuuluvat hallusinogeenisiin vaikutuksiin. Tämän luvun alaluvuissa käsitellään erikseen kannabistuotteita ja LSD:ta. Hallusinogeenit luku käsittelee pääosin LSD:ta ja sen kaltaisia aineita, koska ne ovat hallusinogeenista yleisimpiä ja voimakkaimpia. Myös huumausainekäytössä käytettävät sienet mainitaan. (Lsd n.d.)

7.3.1 Kannabistuotteet

Cannabis stavia eli hamppu on kasvi, jonka lehdet ja kukinnot ovat huumausaineväisiä. Marihuana on hamppukasvin lehdistä ja kukinnoista kuivattua rouhetta. Hasis valmistetaan hampun kukintojen pihkasta ja kiinneaineista. Se voi olla koostumukseltaan kovaa, murenevaa tai tahmeaa. Haju on makean pihkainen. Hasisöljy on hasiksesta valmistettua öljyä. Kannabista poltetaan tai käytetään ruokaan tai juomaan sekoitettuna. (Havio ym. 2008, 84; Holmström ym. 2013, 675.)

Kannabiksessa on tajuntaan vaikuttavia ainesosia eli kannabinoleja. Ne saavat aikaan sekä piristäviä että lamauttavia vaikutuksia, aistiharhoja ja euforiaa. Kannabiksen huumausainevaikutus alkaa pian käytön jälkeen. Käyttäjät

voi olla hilpeä, koska kaikki asiat naurattavat tai vaihtoehtoisesti mietiskelevä, jolloin käyttäjä tuntee, että asioita tulee pohtia syvällisesti. (Holmström ym. 2013, 675; Cannabis n.d.)

Pitkäaikaisen käytön vaikutuksia ovat flegmaattisuus, passiivisuus ja unettomuus. Cannabisin käyttö voi laukaista psykoosin, skitsofrenian tai masennuksen. Lisäksi pitkäaikainen käyttö heikentää älyllistä toimintakykyä, jolloin myös ongelmanratkaisu, keskittymiskyky ja vuorovaikutustaidot heikkenevät. Nuorena aloitettu säännöllinen käyttö vaikuttaa henkiseen kehitykseen. (Holmström ym. 2013, 675; Cannabis n.d.)

Säännöllinen cannabisin käyttö voi aiheuttaa riippuvuutta. Cannabisriippuvuus on yleensä psyykkistä ja aineiden käyttäminen ja hankkiminen häiritsevät joka päiväistä elämää. Levottomuus, hermostuneisuus, ruokahaluttomuus ja unihäiriöt ovat cannabisin tyypillisiä vieroitusoireita. (Cannabis n.d.)

7.3.2 Hallusinogeenit

Hallusinogeenit aiheuttavat aistiharhoja, joiden vuoksi käyttäjä voi tuntea irtautuvansa itsestään. Ajan, paikan ja etäisyyksien arviointikyky hämärtyy. Hallusinogeenit kiihdyttävät sympaattista hermostoa, jolloin syke ja verenpaine nousevat, pupillit laajenevat, syljeneritys lisääntyy ja kehon lämpö nousee. Psyykkisinä oireina voi ilmetä masentuneisuutta. Hallusinogeenit voivat myös aiheuttaa skitsofreniaa muistuttavan tilan, kun aistiharhoista johtuva tila jää päälle ja hallusinogeenista johtuvat tuntemukset ja oireet jäävät pysyviksi. Bentsodiatsepiineja voidaan käyttää tällöin akuuttihoitona. Muuten akuuttihoito perustuu oireenmukaiseen hoitoon. (Koponen & Sillanpää 2005, 388–390.)

LSD eli d-lysergihapon dietyyliamidi on voimakkain tunnettu aistiharhoja aiheuttava aine. Se on väritöntä, hajutonta ja mautonta. Valmiste on vesiliukoinen ja sitä tavataan tabletteina, kapseleina, jauheena ja liuksina. Sitä on voitu imeyttää sokeripaloihin tai paperiin. Aineen vaikutus alkaa 30–90 minuutin päästä käytöstä ja voi kestää 6–12 tuntia. (Lsd n.d.)

LSD sitoutuu aivojen emootiota ja tunnetiloja sääteleviin keskuksiin sekä aivokuoreen, joka säätelee aisteja, havaintoja ja kognitiivisia toimintoja sekä aivorunkoon ja pikkuaivoihin, jotka säätelevät liikeratoja. LSD vaikuttaa useisiin eri välittäjäainejärjestelmiin. Hallusinogeeniset vaikutukset johtuvat aineen vaikutuksesta serotoniini- ja dopamiinijärjestelmiin. (Lsd n.d.)

Hallusinaatioita, jotka henkilö ymmärtää päihteiden aiheuttamiksi kutsutaan pseudohallusinaatioiksi. Näköhallusinaatiot, kuten värikkäät kuvat, värien voimistuminen ja muuttuminen sekä esineiden muotojen muuttuminen ja liikkuminen ovat yleensä pseudohallusinaatioita. Hallusinaatiot, jotka uskotaan todeksi, ovat harvinaisempia. (Lsd n.d.)

Hallusinogeenista johtuvia psyykkisiä vaikutuksia ovat persoonallisuuden muutokset, sekavuus sekä paranoi-, paniikki- ja pelkotilat. LSD:n käytön seurauksena psykologinen ja motorinen toimintakyky voi heiketä. Käyttö

voi aiheuttaa myös psykoosia, jolloin henkilön kyky ymmärtää ja hahmottaa todellisuutta on heikentynyt. (Lsd n.d.)

Pahoiksi matkoiksi kutsutaan paniikki-, pelko- ja ahdistuskokemuksia, joihin liittyy masentumista, vainoharhoja, sekavuutta, mielenterveyden menettämisen ja hallinnan pelkoja sekä kuoleman pelkoa. Pahat matkat altistavat traumaattisille stressihäiriöille ja skitsofreniaa muistuttavalle sairaudelle. (Havio ym. 2008, 87; Lsd n.d.)

LSD ja sen kaltaiset hallusinogeenit eivät aiheuta fyysistä riippuvuutta tai fyysisiä vieroitusoireita, mutta psyykinen riippuvuus on mahdollinen. Hallusinogeeniä usein käytettynä niitä kohtaan syntyy toleranssi, jolloin tarvitaan entistä suurempi annos vaikutuksen aikaansaamiseksi ja elämä voi tuntua tyhjältä ilman aineita. (Lsd n.d.)

Joillain sienillä, kuten psilocybin-sienillä ja punakärpässienellä on hallusinoivia vaikutuksia. Psilocybin-sienten itiöitä tilataan internetistä kotikasvatusta varten, mutta niitä kasvaa myös luonnossa, esimerkiksi suippomadonlakki on psilocybin-sieni. Sieniä voidaan uuttaa juomaan tai syödä kuivattuina. (Holmström ym. 2013, 680.)

8 OPIOIDIKORVAUSHOITO

Korvaushoidon tavoitteena on vähentää rikollisuutta ja laittomien opioidien käyttöä. Kun opioidien väärinkäyttö vähenee, niin suonensisäiseen käyttöön ja yliannostukseen liittyvät riskit vähenevät myös. Korvaushoidossa käytetään metadoni tai buprenorfiini-valmisteita. Käytössä on myös buprenorfiinia ja naloksonia sisältävä yhdistelmävalmiste, jonka tarkoitus on vähentää suonensisäistä käyttöä. Buprenorfiini on kattovaikutuksensa takia turvallisempi kuin metadoni, sillä annosta suurennettaessa buprenorfiinin vaikutus lisääntyy aluksi mutta pysyy sen jälkeen samana. (Aalto Alho, Eskola, Jousilahti, Kahila, Kivitiie–Kallio, Lillsunde, Niemelä, Seppä, Tacke, Tammi & Vormaa 2012.)

Opioidiriippuvuudessa toistuva opiaattien käyttö on johtanut siihen, että elimistö on tottunut jatkuvaan opioidivaikutukseen. Korvaushoidossa lääkeannos sovitetaan vastaamaan potilaan sietokykyä niin, että vieroitusoireet ja aineen himo pysyvät poissa. Lääke valtaa aivojen opioidireseptorit, eikä muiden opiaattien käyttö tuota mielihyvää. (Aalto ym. 2012, 86.)

Korvaushoitoon pääsyn edellytyksenä on opioidiriippuvuus ja aiemman vieroitushoidon epäonnistuminen. Korvaushoito on pitkäkestoista. Se tulisi pyrkiä järjestämään mahdollisimman lähellä potilaan asuinpaikkaa. Korvaushoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, jossa ilmenevät hoidon tavoitteet, lääketieteellinen hoito, kuntoutus ja seuranta. (Aalto ym. 2012.)

Virallisesta buprenorfiini- tai metadonikorvaus- tai ylläpitoehdosta täytyy potilaalla olla aina esittää virallinen asiakirja, jossa on hoitopaikan yhteystiedot. Päivystyspoliklinikalta otetaan yhteys potilaan hoitopaikkaan ja sovitaan menettelyistä korvauslääkityksen suhteen. Korvaushoidon tarkoitus on kuntouttaa potilas päihteettömäksi. Ylläpitoehdosta tarkoitus taas on

päihteidenkäytön vähentäminen, terveyden ylläpitäminen ja kohentaminen sekä rikollisuuden ja elämänlaadun parantaminen. (Koponen & Sillanpää 2005, 383–385.)

9 PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLE HOITOON HAKEUTUMISEN SYYT

Ongelmia ja vaivoja, joiden vuoksi päihteidenkäyttäjät yleensä hakeutuvat terveydenhuollon piiriin ovat tapaturmat, vatsavaivat, verenkierron ongelmat ja myrkytys- tai vieroitusoireet. Myös kiputilojen takia hakeudutaan päivystykseen. Infektio-oireet voivat saada päihteiden käyttäjän myös hakeutumaan hoitoon. Tyypillisiä päihteiden käytöstä johtuvia infektioita ovat pistoinfektiot. Muista somaattisista oireista rytmihäiriöt ovat vaivoja, joiden vuoksi päihteidenkäyttäjät yleisesti hakeutuvat hoitoon. Vieroitusoireiden takia päivystykseen tulevat potilaat voivat hakeutua hoitoon saadakseen apua sillä hetkellä oleviin vieroitusoireisiin tai peläten vieroitusoireiden ilmaantumista. (Alho ym. 2006; Koponen & Sillanpää 2005, 380–382.)

Amfetamiinin ja opiaattien käyttäjät käyttävät terveyden- ja päihdehuollon palveluja muita huumausaineiden käyttäjiä useammin. Amfetamiinin ja opiaattien ongelmakäyttäjät hakeutuvat tavallisimmin hoitoon, kun ongelmakäytöstä johtuvat ongelmat ovat kasaantuneet, eli tavallisesti 3–5 vuoden päästä aineiden käytön aloituksesta. (Koponen & Sillanpää 2005, 380–382.)

Päivystykseen voi tulla myös potilaita, jotka hakeutuvat päivystykseen päästäkseen sen kautta katkaisuhuoltoon. Päihdepotilas voi olla aineista johtuen niin sekaisin, että hän pyrkii vain turvalliseen ympäristöön eikä välttämättä pysty sanomaan, miksi on tullut päivystyspoliklinikalle. Päihdepotilas saattaa joskus hakeutua päivystyspoliklinikalle vain selvittääkseen elämäntilannettaan. (Koponen & Sillanpää 2005, 382.)

Ambulanssilla päivystykseen saapuvat päihdepotilaat ovat yleensä yliannostuksen ottaneita tai tapaturmaisesti loukkaantuneita. Ensihoidossa pyritään kartoittamaan kokonaiskuva päihdepotilaan tilasta. Hyvä raportointi ambulanssissa toimivien ensihoidon työntekijöiden ja päivystyksen työntekijöiden välillä onkin tärkeää ja keskeisessä asemassa hoidon sujuvuuden ja jatkuvuuden kannalta. Ensihoidon kautta tulleita potilaita on yleensä haastateltu jo ensihoidossa, joten päivystyksen työntekijän ei tarvitse kysyä samoja kysymyksiä. (Koponen & Sillanpää 2005, 382.)

Yliannostuksen ottaneiden potilaiden tapauksessa potilaan ystävät saattavat tuoda potilaan päivystyksen sisätiloihin asti, mutta joskus yliannostuksen ottanut potilas saatetaan jättää päivystyksen ulkopuolelle, jotta sairaalan henkilökunta löytäisi potilaan. Potilaan tuoneet henkilöt saattavat pelätä viranomaisia, eivätkä siksi uskalla toimittaa potilasta päivystyksen sisätiloihin tai soittaa ambulanssia. (Koponen & Sillanpää 2005, 382.)

Terveydenhuollon päivystyspoliklinikalla potilaita hoidettaessa yleinen linjaus on, että potilaasta on tiedossa nimi ja sosiaaliturvatunnus. Jos päihtynyt

potilas ei halua kertoa nimeään, voidaan häntä pyytää poistumaan ja hakeutumaan hoitoon sitten, kun suostuu kertomaan oman nimensä. Tajutonta potilasta tai potilasta, joka on muuten kykenemätön kertomaan nimeään, voidaan hoitaa aluksi Tuntematon Mies tai Nainen nimikkeellä. Tarkoituksena on kuitenkin saada tietoon potilaan nimi ja sosiaaliturvatunnus. Päihteiden käyttäjän mahdollisen rikollistaustan vuoksi hoitajan on hyvä pitää mielessä, että ristiriitaisuutta potilaan oman henkilöllisyyden ja henkilöllisyystodistuksen välillä saattaa ilmetä. (Koponen & Sillanpää 2005, 382.)

10 VIEROITUSOIREET JA YLIANNOSTUKSET

Huumausaineiden käyttäjät voivat hakeutua päivystyspoliklinikalle huumeiden aiheuttamien vieroitusoireiden tai yliannostusten vuoksi. Tässä luvussa käsitellään eri huumausaineista johtuvien vieroitusoireiden ja yliannostusten hoitoa päivystyspoliklinikalla. Lopuksi käsitellään yleisesti huumausaineiden tai lääkkeiden aiheuttamia myrkytystilanteita, sillä päivystykseen myrkytystilan takia tulevan potilaan myrkytyksen aiheuttajaa ei aina tiedetä. Alkoholin aiheuttamia vieroitusoireita ja yliannostuksia on käsitelty alkoholin väärinkäyttö luvussa.

Keskushermostoa kiihottavat aineet aiheuttavat herkästi vieroitusoireita, jotka voivat kestää jopa viikkoja. Vieroitusoireina voi esiintyä unihäiriöitä, masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, väsymystä, levottomuutta ja aineen himoa. Fyysiset vieroitusoireet ovat usein vähäisiä, khat ja muuntohuumeet aiheuttavat tyypillisesti päänsärkyä. Keskushermostoa kiihottavien aineiden käytön äkillinen lopettaminen tai vieroitusoireet eivät yleensä ole hengenvaarallisia, mutta yliannostukset voivat johtaa hengenvaarallisiin tilanteisiin. (Aalto ym. 2012, 104–107.)

Keskushermostoa kiihdyttävien aineiden yliannostukset altistavat rytmihäiriöille, sydäninfarktille ja sydänpysähdykselle. Lääkkeellistä vasta-ainetta keskushermostoa kiihdyttävälle aineille ei ole, vaan hoito on oireen mukaista. Rauhoittavaa lääkitystä voidaan käyttää tarvittaessa. Keskushermostoa kiihdyttävistä aineista esimerkiksi amfetamiinin ja kokaiinin aiheuttamissa myrkytystiloissa keskitytään elintoimintojen ylläpitoon ja myrkytysoireiden lievittämiseen. (Alho ym. 2006; Koponen & Sillanpää 2005, 388–390.)

Keskushermostoa kiihdyttävien aineiden myrkytysoireita ovat muun muassa verenpaineen voimakas lasku, ylilämpö, laajat pupillit, lihasjäykkyys, kouristelut, levottomuus ja ahdistuneisuus. Ylilämpö voi johtaa pysyvään lihasrappeumaan tai munuaisvaurioon. Myrkytysoireet voivat olla vakavia ja johtaa kuolemaan. Kuolemaan johtavia myrkytysoireita ovat rytmihäiriöt, kallonsisäinen verenvuoto tai yleistynyt suonensisäinen hyytyminen. Kokaiinimyrkytyksen tyypillisiä oireita ovat sydämen rytmihäiriöt ja tiheälyöntisyys sekä sydäninfarkti ja sydänlihastulehdus. (Aalto ym. 2012, 105.)

Opiaattien vieroitusoireiden puhkeamisen ajankohta riippuu käytetystä aineesta. Vieroitusoireet ilmenevät 1–5 vuorokauden kuluttua käytön lopettamisen jälkeen. Tavallisesti ne esiintyvät voimakkaimmillaan 30–72 tunnin

kuluttua aineiden käytöstä. Ahdistuneisuus ja levottomuus ovat usein ensimmäisiä vieroitusoireita. Muita vieroitusoireita voivat olla verestävät silmät, haukottelu, hikoilu, kivut, lihaskouristelut, ripulointi, vapina, pahoinvointi, oksentelu sekä kylmän ja kuuman tuntemuksien vaihtelua. (Aalto 2012; Koponen & Sillanpää 2005, 388–390.)

Vieroitusoireita hoidetaan oireenmukaisesti muun muassa kipu, pahoinvointi ja ripulilääkkeillä. Vieroitusoireita tulee hoitaa riittävällä lääkityksellä, jotta potilas sitoutuu hoitoon. Vieroitusoireiden tuskaisuus ja aineiden himo johtaa helposti hoidon laiminlyömiseen. (Aalto 2012; Koponen & Sillanpää 2005, 388–390.)

Opiaattien vieroitusoireita voidaan estää buprenorfiinilla tai metadonilla, kun niitä annetaan potilaalle 12–24 tunnin kuluessa viimeisestä huumeannoksesta. Opioidimyrkytyksen hoidossa käytetään Naloksonia. (Alho ym. 2006.)

Opioidiyliannostuksessa hengitys hidastuu ja muuttuu pinnalliseksi. Iho saattaa alkaa sinertää ja verenpaine ja sydämen syke laskevat. Yliannostuksen hoitoon käytetään naloksoni – vasta-ainetta. Naloksonin vaikutusaika on lyhempi kuin opiaateilla ja naloksonin vaikutuksen lakattua potilas saattaa vajota uudelleen koomamaiseen tilaan. Potilas voi myös herättyään olla sekava ja aggressiivinen. (Koponen & Sillanpää 2005, 388–390.)

Kannabiksen vieroitusoireita ilmenee yleensä silloin, jos käyttö lopetetaan äkillisesti pitkäaikaisen kannabiksen käytön jälkeen. Vieroitusoireet ovat voimakkaimmillaan 2–3 päivää käytön lopettamisen jälkeen. Tyypillisiä vieroitusoireita ovat jaksamattomuus, ärtyisyys, levottomuus, ahdistuneisuus, unettomuus, lihaskrampit ja päänsärky. Cannabisriippuvuuteen ei ole läikehoitoa, mutta vieroitusoireiden hoitoon voidaan käyttää rauhoittavia lääkkeitä pienellä annoksella. Kofeiini saattaa lisätä kannabiksen vieroitusoireita, joten kofeiinipitoisten tuotteiden välttäminen voi vähentää vieroitusoireita. (Aalto ym. 2012, 99–100; Alho ym. 2006.)

Hallusinogeenien vieroitusoireina voi ilmetä levottomuutta, pelkotiloja ja vainoharhaisuutta. Lepo ja silmien sulkeminen voivat pahentaa harhoja, joten rauhallinen tila, jossa potilas saa liikkua edistää toipumista. Vieroitusoireiden hoidossa käytetään bentsodiatsepiinejä ja neuroleptejä pienellä annoksella. (Havio ym. 2008, 151.)

Hallusinogeenien aiheuttamat kuolemantapaukset ovat itsemurhia tai tapaturmia. Yliannostusten yhteydessä voi ilmetä kouristuksia tai kuumetta, mutta yliannostukset ovat hyvin harvinaisia. (Lsd n.d.)

Päihteiden sekakäytöllä tarkoitetaan päihdyttävien aineiden samanaikaista käyttöä. Suomessa alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö on sekakäytön muodoista yleisintä. Sekakäyttö kuitenkin tarkoittaa myös eri huumeiden samanaikaista käyttöä. Päihteiden ja lääkkeiden sekakäyttö voi aiheuttaa vakavia vaikutuksia. Esimerkiksi alkoholin ja keskushermostoa lamaavien huumeiden ja lääkkeiden samanaikainen käyttö voi aiheuttaa myrkytystilan

tai hengityslaman, sillä kyseiset aineet tehostavat toistensa vaikutuksia. (Aalto ym. 2012, 71–72.)

Myrkytysten ensihoito aloitetaan tärkeimpien elintoimintojen turvaamisella. Elintoimintoja seurataan sydänsähkökäyrän, verenpaineen ja veren hapettumisen arvon perusteella. Myrkytystilanteiden hoito on oireen mukaista, mutta käytetyt aineet pyritään saamaan selville. Jos oireet viittaavat selkeästi johonkin huumausaine tai lääkeryhmään, voidaan hoito suunnata sen mukaan. Myrkytyksen aiheuttaja saattaa jäädä tuntemattomaksi tai myrkytystilan aiheuttamista aineista vain osa saadaan selville. (Aalto ym. 2012, 188.)

Myrkytyspotilaiden hoitoon ja peruselintoimintojen turvaamiseen kuuluu hyvä nesteytys, esimerkiksi Ringerin liuos, mikä esimerkiksi auttaa ylläpitämään riittävää verenpainetasoa. Elektrolyytti ja happo-emäs-tasapainoa pyritään myös korjaamaan. Rytmihäiriöitä voidaan korjata sähköisellä rytminsiirrolla. Kouristelu voi olla merkki vieroitusoireista tai vaikeasta myrkytyksestä. Kouristuksia hoidetaan diatsepaamilla. Verensokeri on hyvä katsoa, sillä hypoglykemia eli matala verensokeri voi aiheuttaa kouristelua. (Castrén ym. 2012, 208.)

Päivystyksessä myrkytyspotilaalta otetaan huumeseuja ja mitataan veren alkoholipitoisuus. Tieto potilaan käyttämistä aineista tai esimerkiksi potilaan mukana olevat lääkepakkaukset antavat viitteitä käytetyistä aineista. Käytetyn aineen vaikutus pyritään joko kumoamaan kokonaan tai aineen vaikutusta pyritään hallitsemaan. (Aalto ym. 2012, 188–189.)

Lääkkeiden imeytyminen pyritään estämään lääkehiilen avulla. Mitä nopeammin lääkehiiltä annetaan, sitä parempi sen teho on. Aikuiselle annetaan tavallisesti 50 grammaa lääkehiilirakeita, jotka sekoitetaan veteen. Jos kyse on pitkävaikutteisesta lääkevalmisteesta, annetaan lääkehiiltä 4–6 tunnin välein 1–2 vuorokauden ajan. (Aalto ym. 2012, 189; Castrén ym. 2012, 209.)

Vatsahuuhtelua käytetään vain poikkeustapauksissa, jos esimerkiksi myrkytyksen aiheuttaja on rauta tai litium tai jokin muu aine, jota lääkehiili ei sido. Vatsahuuhtelua saatetaan käyttää myös tilanteissa, joissa on syytä olettaa, että vatsassa on suuri määrä myrkytyksen aiheuttamaa ainetta. Vatsahuuhtelu tulisi mielellään tehdä yhteisymmärryksessä ja yhteistyössä potilaan kanssa, sillä potilaan vastustelu lisää komplikaatioiden riskiä. Vakavia komplikaatioita ovat aspiraatio ja ruokatorven repeäminen. (Aalto ym. 2012, 189; Castrén ym. 2012, 209.)

Bentsodiatsepiinit kuuluvat neuroosi- ja unilääkkeiden ryhmään. Väsymys, sekavuus, ja alentunut tajunnan taso ovat oireita bentsodiatsepiinimyrkytyksestä. Bentsodiatsepiinimyrkytys voi pahimmillaan johtaa hengityslamaan. Riittävästä hengityksestä ja hapetuksesta huolehtiminen on bentsodiatsepiinimyrkytyksissä tärkeintä. Bentsodiatsepiinien aiheuttamissa myrkytyksissä voidaan käyttää flumatseniilia. Flumatseliini kumoaa bentsodiatsepiinien vaikutuksen keskushermostoon. Näin mahdolliset muut myrkytyksen aiheuttajat tulevat esille. Flumatseliinia voidaan käyttää alentuneen

tajunnantason erotusdiagnoosissa. Hengityksen turvaamisen lisäksi lääkehiilen antaminen on kuitenkin ensisijainen hoitomuoto. (Aalto ym. 2012, 189; Castrén ym. 2012, 213.)

11 POTILAAN SIJOITTAMINEN JA VIERAILIJAT

Päihtynyt potilas olisi parasta sijoittaa rauhalliseen tilaan. Tilan tulisi kuitenkin olla riittävän avoin ja turvallinen niin hoitajille kuin muille potilaille. Kiireisen päivystyksen äänet ja ohikulkeva liikenne saattavat hermostuttaa ja ahdistaa päihtynyttä potilasta. (Koponen & Sillanpää 2005, 382–383.)

Päihdepotilaan ympäristö tulee rauhoittaa myös päihtyneiltä vierailijoilta. Päihtyneet vierailijat aiheuttavat monesti levottomuutta ympäristöön, ja näin hidastavat päihteidenkäyttäjän toipumista ja luovat turvattomuutta päivystyksen muihin potilaisiin. (Koponen & Sillanpää 2005, 382–383.)

Päihdepotilaat olisikin hyvä sijoittaa omaan, heille tarkoitettuun huoneeseen tai tilaan, jotta muiden potilaiden ympäristö säilyy turvallisena. Näin päihtynyt ei häiriinny päivystyksen äänistä tai toiminnasta eivätkä muut potilaat joudu häiriintymään päihtyneestä potilaasta. Tällöin sekä päihtyneen, että muiden potilaiden ympäristö säilyy rauhallisena. (Koponen & Sillanpää 2005, 382–383.)

Päihteiden käytöllä ja aggressiivisella tai väkivaltaisella käyttäytymisellä on selvä yhteys. Päihtynyt potilas ei aina pysty hillitsemään aggressiivisuuttaan niin hyvin kuin raittiina ollessaan. Potilaan ahdistuneisuus, kireys, kiihtyneisyys, ärtyneisyys, levottomuus, epäluuloisuus ja muu epäasiallinen käytös saattaa enteillä potilaan väkivaltaisuutta. (Havio ym. 2008, 206–207.)

Hoitajan tulisi puuttua aggression merkkeihin ajoissa. Aggressiivisen potilaan kohtaamisessa rauhallinen ja selkeä kommunikointi on tärkeää. Keskustelun sävyn tulisi olla potilasta kunnioittava. Katsekontakti potilaaseen tulisi säilyttää. Hoitajan on hyvä kysyä selkeitä kysymyksiä yksi kerrallaan, kuunnella potilasta ja antaa vastauksia potilaan kysymyksiin. Vaarallisiin tilanteisiin ei tule mennä yksin. Tarvittaessa paikalle voidaan kutsua vartija tai poliisi. Aggressiiviseen potilaaseen tulee pitää riittävä turvaväli ja varmistaa pakomahdollisuus. (Havio ym. 2008, 206–208.)

Jos päihdepotilas jää sairaalaan hoitoon, tulee osastolle siirtymisen tapahtua vasta sitten, kun potilas ymmärtää sairaalaan jäämisen syyt. Levotonta ja aggressiivista potilasta ei kannata siirtää osastolle, sillä levottoman potilaan hoitaminen päivystyspoliklinikalla on helpompaa tilojen ja henkilökunnan määrän vuoksi. (Koponen & Sillanpää 2005, 391–392.)

Päihdepotilaan kaikkia vieraita ei tule mieltää päihteidenkäyttäjäksi tai varkaiksi. Päihdepotilaan luona saattaa hyvinkin vieraillla päihteettömiä vierailijoita, joiden tuki ja apu saattavat olla potilaille hyvin tärkeää. On hyvä pitää kuitenkin mielessä, että päihdepotilaan vierailijat saattavat kuljettaa

potilaalle lisää päihteitä tai tulla etsimään varastettavaa tavaraa. Selkeät ohjeet vierailuajoista tai vierailijoiden lukumääristä auttavat hoitohenkilökuntaa vierailijoiden rajoittamisessa. (Koponen & Sillanpää 2005, 382–383.)

12 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota luotettavaa tietoa, joka vastaisi työn otsikkoja päihteiden käyttäjä päivystyksessä. Työssä kerrotaankin päihdepotilaiden hoidosta päivystyksessä, mutta työssä on käsitelty myös yleisesti päihdeongelmia ja päihteitä. Jotta voi sisäistää sen, miten päihdepotilasta hoidetaan päivystyksessä, täytyy päihteiden käytöstä tietää yleistä taustatietoa. Siksi työhön on valiutunut lukuja alkoholista ja huumausaineista. Opioidikorvaushoidosta mainittiin työssä, sillä päivystykseen tuleva potilas saattaa olla virallisessa korvaushoidossa. Hoitaessa korvaushoidossa olevaa potilasta, tulisi hoitajan tietää, mitä korvaushoito on ja miksi sitä annetaan.

Työssä käytetyt lähteet ovat luotettavia, sillä pääosa lähteistä on lääkäritietokantojen artikkeleita tai opetusikäyttöön käytettäviä kirjoja. Työssä on käytetty viittä eri kirjallista lähdettä. Kirjallisia lähteitä on pyritty täydentämään lääkäritietokantojen artikkeleilla ja internetlähteillä. Lähdemateriaalia olisi työssä voinut käyttää enemmän, jotta työssä tulisi enemmän eri lähteiden näkökantoja aiheesta esiin. Lähteiden valinnassa olisi siis voinut käyttää etenkin useampia kirjoja ja hoitotieteen artikkeleita.

Työn sisältö pysyi hyvin rajatussa aiheessa, eikä paisunut liikaa. Koska työ oli kirjallisuuskatsaus, olisi teoriaosuus saanut olla vaikka pidempikin, sillä työn tutkimusmenetelmiin ja tulosten analysointiin ei työssä tarvittu niin paljoa tilaa kuin esimerkiksi kvalitatiivisen tai kvantitatiivisen työn analysointiin.

Työn sisältö vastasi kysymyksiin miten päihtynyttä potilasta hoidetaan päivystyksessä ja mitä hoitajan olisi oleellista tietää päihteistä. Työtä tehdessä opin muun muassa alkoholin ja huumausaineiden vaikutuksista. Myös myrkytyspotilaan ensihoitotilanteesta opin uutta tietoa.

Päihtynyttä potilasta hoidettaessa hyvä esitietojen kerääminen on tärkeää. Päihteiden käytöstä tulee kysyä suoraan, mutta asiallisesti potilasta syyllistämättä. Myös potilaan omaisilta voi kysyä tietoja. Peruselintoimintojen turvaaminen ja seuraaminen ovat oleellinen osa hoitoa päivystyspoliklinikalla. Peruselintoimintoja voidaan hoitotyössä seurata muun muassa verenpaineen, ekg:n, lämmön ja happisaturaation mittauksella.

Hoitajan on oleellista tietää, miten huumausaineet vaikuttavat päihtyneen potilaan käyttökseen. Keskushermostoa kiihottavien ja lamaavien aineiden erot potilaan käyttökseen ovat tärkeää tietää, sillä nämä aineet vaikuttavat päinvastaisella tavalla. Keskushermostoa kiihottavat aineet kiihdyttävät koko elimistöä toimimaan ylikierröksillä. Keskushermostoa lamaavilla huumausaineilla on usein rauhoittavia ja euforian tunnetta aiheuttavia vaikutuksia.

Keskushermostoa kiihdyttävien aineiden yliannostukset liittyvät usein elintoimintojen kiihtymiseen, kuten rytmihäiriöiden aiheutumiseen. Keskushermostoa lamaavat aineet taas lamaavat elimistöä ja voivat pahimmillaan aiheuttaa hengityslaman. Hallusinogeeneihin liittyen on hyvä tietää, millaisia vaikutuksia hallusinogeeneilla on. Nämä asiat tulevat esiin työn huumausaineiden vaikutus ja vieroitusoireet ja yliannostukset luvuissa.

Jatkossa opinnäytetyön aihe voisi liittyä päihteiden käyttäjien erityisryhmien, kuten alaikäisten, raskaana olevien tai vanhusten hoitotyöhön. Tämä opinnäytetyö käsitteli päihteiden käyttäjää päivystyspoliklinikalla, joten jatkossa voisi kehittää työn vastaamaan päihteiden käyttäjän hoitoa terveyskeskuksen vastaanotolla tai pitkäaikaishoidossa. Myös päihteiden käyttäjien psyykkisistä ongelmista ja päihteiden käyttäjän hoidosta psykiatrisella osastolla voisi jatkossa koota tutkielman tai kirjallisuuskatsauksen.

LÄHTEET

- Aalto, M., Alho, H., Eskola, K., Jousilahti, P., Kahila, H., Kivitie–Kallio, S., Lillsunde, P., Niemelä, S., Seppä, K., Tacke, U., Tammi, T. & Vormaa 2012. Huumeongelman hoito. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 27.10.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi50041
- Aalto, M., Alho, H., Kiianmaa, K., Seppä, K. (toim.) 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim.
- Alho, H., Autti-Rämö, I., Eskola, K., Halmesmäki, E., Holopainen, Kivitie-Kallio, S., A., Lillsunde, P., Lönnqvist, J., Mäkelä, R., Roine, R., Salaspuro, M., Savolainen, A., Seppä, K., Seppälä, T., Tacke, U., Teirilä, J. & Vormaa, H. 2006. Huumeongelman hoito. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 18.11.2014. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo10472&p_haku=huumeongelman%20hoito
- Amfetamiini. n.d. Päihdelinkki.fi. Viitattu 02.10.2015. <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/amfetamiini>
- Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. (toim.) 2012. Ensihoidon perusteet. Pelastusopisto, Suomen Punainen Risti.
- Havio, M., Inkinen, M., Partanen, A. (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Holmström, P., Kuisma, M., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.) 2013. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Holopainen, A 2013. Päihteidenkäytön tunnistaminen. Lääkäriin käsikirja. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 18.11.2014. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01093&p_haku=p%C3%A4ihhteiden%20k%C3%A4yt%C3%B6n%20tunnistaminen
- Kannabis. n.d. Päihdelinkki.fi. Viitattu 01.10.2015. <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/kannabis>
- Kohtuukäytön rajat n.d. Kohtuullisesti.fi. Viitattu 01.10.2015. <http://www.kohtuullisesti.fi/kohtuukayton-rajat/paljonko-on-annos/>
- Kokaiini. n.d. Päihdelinkki.fi. Viitattu 02.10.2015. <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/kokaiini>
- Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi.
- Krause, L. & Roth, E. 2012. Wernicke–Korsakoff Syndrome. Healthline. Viitattu: 27.10.2015. <http://www.healthline.com/health/wernicke-korsakoff-syndrome#Overview1>

Lsd. n.d. Päihdelinkki.fi Viitattu 02.10.2015. <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/lsd>

MedlinePlus Trusted Health Information for you. 2015. U.S National Library of Medicine. Alcoholism and Alcohol Abuse. Viitattu 01.10.2015. <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/alcoholismandalcoholabuse.html>

Mustajoki, P. 2015. Kihti. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 27.10.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00032

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Viitattu 09.11.2015. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf