



Alkoholiongelman hoito

Alkoholiongelma ja -sairaudet

Alkoholista on tullut tämän hetken yksi merkittävimmistä – ellei merkittävin – väestön terveyttä uhkaava riskitekijä. Alkoholin ongelmakäyttäjää on jopa 20 % väestöstä. Vähintään 40 g/vrk säännöllisesti alkoholia (absoluuttista) käyttävillä miehillä ja vähintään 20 g/vrk käyttävillä naisilla kokonaiskuolleisuus on merkittävästi suurempi kuin raittiilla. Yksi alkoholiannos on noin 12 g (1 pullo keskiolettua, 12 cl viiniä tai 4 cl väkeviä). Naisten riskisuhteet ovat kaikilla kulutustasoilla suuremmat kuin miesten.

Alkoholinkäyttö lisää huomattavasti maksakirroosin, ylähengitysteiden ja ruoansulatuskanavan syöpien sekä aivoverenvuodon riskiä ja merkittävästi maksa-, kolorektaal- ja rintasyövän, kroonisen haimatulehduksen ja verenpainetaudin riskiä.

Alkoholia suositellaan vältettäväksi raskauden aikana; erityinen riski liittyy humalakuu-kuiseen juomiseen^A.

Anamneesi ja laboriokokeet

Haastattelussa kannustava ja avoin ilmapiiri on tärkeä. Alkoholin liikakäytön (riskikäyttö, haitallinen käyttö ja suurkulutus) varhaisessa havaitsemisessa ilmeisesti toimivin on kymmenen kysymyksen AUDIT-kysely^B. Liikakäytön tunnistamisessa AUDIT-C eli kolmen ensimmäisen kysymyksen lyhyempi versio on ilmeisesti myös tehokas.

Päihdeongelman toteamisessa voidaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa käyttää laboratoriotutkimuksia. Nämä osoittavat alkoholismien herkästi, mutta suurkulutuksen varhaisessa toteamisessa niiden merkitys on vähäinen^A.

Mitä uutta päivityksessä?

- Nuorten ja ikääntyneiden alkoholinkäyttö
- Alkoholi ja työelämä
- Alkoholi ja mielenterveys -osiota laajennettu
- Lääkehoidon uudet vaihtoehdot
- Psykososiaalisten hoitojen menetelmävaihtoehdot päivitetty

Alkoholin kroonisen riskikäytön diagnostiikkaa ei koskaan tule perustaa pelkkään epänormaaliin laboratorioarvoon vaan myös taustatietoihin ja kyselytesteihin^A.

Lyhytneuvonta (mini-interventio)

Perusedellytys on tiedostaa alkoholin suurkulutuksen yleisyys ja kysyä aktiivisesti potilaan alkoholinkäyttöä. Motivoiva asenne on lyhytneuvonnan tärkeintä sisältöä. Lyhytneuvonnan tukena voidaan käyttää laboriokokeita.

Lyhytneuvonta on vaikuttava hoitomuoto alkoholin suurkulutuksessa ennen riippuvuuden kehittymistä^A.

Psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot

Psykososiaalinen hoito on tehokkaampaa kuin hoitamatta jättäminen^A.

Motivoiva haastattelu^A ja kognitiivinen terapia^B ilmeisesti lisäävät hoidon tuloksellisuutta^A.

Kahdentoista askeleen hoito on yhtä hyvä kuin verkostoterapia tai disulfiraamilla tehostettu kognitiivinen hoito^B.

Toistaiseksi ei tunneta sellaisia kriteereitä, joiden perusteella yksittäiselle alkoholi-ongelmalliselle voitaisiin valita hänelle parhaiten sopiva hoitomuoto. Psykososiaalisen hoidon tulokset ilmeisesti vaihtelevat terapeutin mukaan^B. Hyvä hoitosuhde on yhteydessä hyviin hoitotuloksiin^A.

Päihdeongelman kliininen hoito

Akuutti alkoholimyrkitys

Vakava etanolimyrkitys vaatii sairaalahoitoa^D.

Vieroitusoireet

Vieroitusoireiden ja delirium tremensin hoidossa bentsodiatsepiinit ovat tehokkaimpia^A. Avokatkaisuhoidossa voidaan antaa lieviin tai keskivaikeisiin vieroitusoireisiin valvottua klooridiatsepoksidilääkitystä pienenevin annoksina 3–5 vuorokauden ajan.

Alkoholiriippuvuuden lääkehoito

Psykososiaaliset hoidot ovat alkoholiriippuvuuden hoidon perusta, mutta tulosta voidaan

parantaa edelleen merkitsevästi lääkityksellä.

Valvottu disulfiraamilääkitys parantaa merkitsevästi pelkillä psykososiaalisilla hoidoilla saatuja tuloksia^A.

Naltreksoni lisää lumelääkkeeseen verrattuna merkitsevästi raittiiden päivien lukumäärää ja vähentää retkahduksia, erityisesti kun lääkitykseen on liitetty kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva psykososiaalinen hoito^A. Akamprosaatti (Suomessa saatavissa erityisluvalla) parantaa pelkillä psykososiaalisella hoidolla saatua hoitotulosta lumelääkkeeseen verrattuna^A.

Sekakäytön ehkäisy ja hoito

Riippuvuutta aiheuttavien lääkkeiden määräämistä alkoholi-ongelmalliselle ilman selkeää psykiatrista syytä on vältettävä. Päivystystilanteissa potilaille ei yleensä tule määrätä bentsodiatsepiineja, ja niiden pitkäaikaiskäyttö on aiheellista vain poikkeustapauksissa.

Bentsodiatsepiinijohdosten välillä näyttää olevan eroja niiden riippuvuutta aiheuttavissa ominaisuuksissa. Hoidossa on syytä välttää nopeasti vaikuttavia ja nopeasti eliminoituvia bentsodiatsepiineja. ■

SUOMALAISEN LÄÄKÄRISEURAN DUODECIMIN JA PÄIHDELÄÄKETIETEEN YHDISTYKSEN ASETTAMA TYÖRYHMÄ
Hannu Alho (puheenjohtaja), Mauri Aalto, Kari Eskola, Antti Holopainen, Juhani Juntunen, Olli Kampman (Käypä hoito -toimittaja), Rauno Mäkelä, Solja Niemelä, Kari Poikolainen, Kaija Seppä ja Helena Vormaa

NÄYTÖN ASTEEN LUOKITUS:

- A = VAHVA TUTKIMUSNÄYTTÖ
- B = KOHTALAINEN TUTKIMUSNÄYTTÖ
- C = NIUKKA TUTKIMUSNÄYTTÖ
- D = EI TUTKIMUSNÄYTTÖÄ

Koko suositus saatavissa: www.kaypahoito.fi

Summary

Update on Current Care guidelines: Treatment of alcohol abuse

Brief intervention is an effective form of treatment for excessive alcohol consumption prior to the development of dependency. Motivational interviewing and cognitive therapy are likely to increase the effectiveness of treatment. Another effective method is the Twelve-Step Facilitation treatment programme. Supervised disulfiram medication significantly improves the results achieved with psychosocial therapies alone. Naltrexone increases the number of non-drinking days and reduces relapses compared with a placebo, especially if the medication is combined with psychosocial treatment which is based on cognitive behaviour therapy. Compared with a placebo, acamprostate improves the treatment results achieved with psychosocial therapies alone.