# Alkohol-Therapie

## Pharmakotherapie – Akutphase

### Akutes Alkohol – Entzugssyndrom

1. Delir – Therapieblatt anlegen, RR, EKG, BMI  
2. Thiamin (Vitamin B 1) Substitution: 100 mg i.v. einmalig

bei Verdacht auf Wernicke/Korsakow Enzephalopathie 300 mg / die

***☞***Glucose – Infusion ausnahmslos erst nach Thiamingabe!

3. Magenschutz mit Pantoprazol 20 mg

4. Lorazepam initial 2 - 5 mg, danach weiter nach Bedarf

5. bei Erbrechen Odansetron 4 – 8 mg p.o. / i.v.

6. Pharmakotherapie komorbider Störungen

🗎 Delirplan

\\“wegrfsoffice“\Psychiatrie\Formulare\Formulare – Pflege\Therapiepläne

### AED Alkohol-Entzugs-Delir

**Definition**

Bei chronisch alkoholabhängigen Patienten nach Alkoholentzug innerhalb weniger Stunden beginnende schwere hirnorganische Störung mit typisch fluktuierender Symptomatik, verursacht durch Veränderungen an Zellmembranen, NDMA und GABA-Rezeptoren und gesteigerte exzitatorische Aktivität.

**steigendes Risiko bei regelmäßiger Trinkmenge > 250 g Äthanol / Tag**

**Leitsymptome** sind Störungen der basalen Hirnfunktionen:

Störung der **Bewußtseinslage** wechselnde Eintrübung des Bewusstseins  
Störung der **Orientierung** zeitlich, örtlich, situativ  
Störung der **Wahrnehmung** optische, akustische, haptische Halluzinationen  
Störung des **Vegetativums** Schwitzen, Tremor, Herzrhythmusstörungen, Diarrhoe   
Erhöhte **cerebrale Anfallsbereitschaft** generalisierter tonisch klonischer Krampfanfall (GTKA) bei 10 - 30% aller Patienten 12 - 24 h nach der letzten Alkoholeinnahme, bei 4% während des AE

## Patienten Management

§ UbG 🡪 PSY Intensiv = Überwachungsbereich der Akutstation EG B 5

### Untersuchungen

vor Therapiebeginn:

► Alkoholisierung Alkomat-Messung oder Blutalkoholgehalt   
► Labor: Aufnahmelabor + Amylase, Lipase, Ammoniak, Mg  
► EKG   
► fakultativ: Thorax-Rö, EEG, CT

während Therapie:

► Labor: täglich BB, Elyte, LPF, Gerinnung, CRP

### Intensivpflege

► großlumiger venöser Zugang (Venflon)  
► Harnkatheter   
► ev. Magensonde (KI beachten!)  
► Flüssigkeitsbilanz: Einfuhr /Ausfuhr  
► Dekubitusprophylaxe

🗎 Delirplan

\\“wegrfsoffice“\Psychiatrie\Formulare\Formulare – Pflege\Therapiepläne

**🖳**Monitor: pO2, HF kontinuierlich, RR 60 min Intervall

## AED Basistherapie

**Thiamin** **(Vitamin B1)**  
initial 1 Amp. Pronerv® (= 100 mg B1) i.v. / i.m. / Tag **VOR** Glukosegabe  
bei Verdacht auf Wernicke/Korsakow Enzephalopathie 300 mg / die  
**☞** Glucose- Infusion ausnahmslos erst nach Thiamingabe!

**Flüssigkeitszufuhr** **(Dosierung nach Bedarf bis zu 4 l/d)**  
5 % Glucose 1000 - 1500 ml / Tag ( + 1 Amp Elo I Admix / 500ml Gluc)  
NaCl 0,9 % 500 - 1000 ml / Tag

**Kalorien und Vitaminzufuhr**hochkalorische Nahrungsergänzung (Fresubin etc.)  
ev. parenterale Ernährung i.v. (z.B.:Vitromix 1000 ml / Tag) bei längerem AED

**Magnesium** **(Mg.-citrat oder –aspartathydrochlorid)**100mg 1x/die (z.B.:Magnesium verla®)

**Elektrolytausgleich**   
langsamer Ausgleich von Elektrolyt – Verschiebungen

🖐 **CAVE** rasche Na-Zufuhr (Steigerung max. um 0,6 mmol / h)  
Natriumdefizit = (135 mmol / l - Na+IST) x 0,3 kg KG!

**Ulcusprophylaxe**i.v.: H2-Blocker (z.B. Pantoprazol, Omeprazol) 2 x 20 mg oder 1 x 40 mg abends  
Sonde: H2-Blocker (z.B. Esomeprazol) auflösen 1 x / Tag

**Thromboseprophylaxe bei Immobilisation**Dalteparin (Fragmin®) 100 IE x kg / KG   
niedermolekulares Heparin ( Lovenox) 40mg sc. 1 x / Tag

**Antibiotika** **nicht routinemäßig**Breitband-Antibiotika i.v. (z.B.:Aminopenicilline) bei Aspirationsgefahr

### Sedierung

Ziel der Therapie ist die Reduktion der Bewusstseinslage auf das Stadium der **Somnolenz**: zielgerichtete Reaktion auf Reiz, weckbar, bis maximal zum Stadium **Coma I** (oberflächliches Coma, Sopor): ungerichtete Reaktion auf starken Reiz

**Vorgangsweise**:  
Sedierung soll flexibel an den jeweiligen klinischen Befund angepasst werden. Medikamente werden vom Arzt vorgegeben nach und Beurteilung der Bewusstseinslage der Patienten in der nötigen Menge verabreicht.

**☞**geringe initiale Sedierung prolongiert Verlauf / erhöht Sedativa-Gesamtverbrauch

**Standardsedierung Alternative**

**Lorazepam p.o. Midazolam i.v.**Dosierung siehe Midazolamperfusor

## AED Zusatztherapie

Zusätzlich zur Standardtherapie einmalig oder regelmäßig angeordnet.

**Antipsychotika (AP)  
☞**AP-Gabe nach Möglichkeit vermeiden!

bei zusätzlicher psychotischer Störung oder anhaltenden Wahrnehmungsstörungen.  
Haldol® (Haloperidol) 5 mg Amp: 5 – 10 mg (20mg) /die p.o. (i.m.)

🖐 **CAVE** **niedrig potente AP** (z.B. Dominal, Nozian)

**Adrenolytika**🡪 siehe Clonidin

**Antikonvulsiva**bei Hinweisen für aktuelle oder frühere Entzugsanfälle   
Oxcarbazepin (Trileptal®) 600-2400 mg

**alternative Sedativa**🡪 siehe Midazolam – Perfusor

💣 kontraindizierte Pharmaka bei AED

**Tranquilizer**Meprobamat (Miltaun®, Pertranquil®)  
fehlende antikonvulsive Wirkung. Hohe Suchtpotenz bei Tagesdosen über 1,2 g.

**Antipsychotika (AP) / Neuroleptika (NL)**Phenothiazin-NL Psyquil®, Esucos®, Dapotum®  
GABAerger Effekt nicht ausreichend, zu starke vegetative Nebenwirkungen (Hypotonie, EPMS)

Thioxanthen-NL: Truxal®, Cisordinol®, Fluanxol®  
GABAerger Effekt nicht ausreichend, EPMS Nebenwirkungen

atypische AP: Clozapin (Leponex®), Olanzapin (Zyprexa®), Quetiapin (Seroquel®)  
Vegetative Nebenwirkungen, Hypersalivation, **potentiell delirogen!**

## Pharmakotherapie – Langzeit

### Anti-Craving-Substanzen

nach Abklingen des Entzugs-Syndroms   
bei Abstinenzwunsch hat und guter Compliance

**Acamprosat (Campral®)**wirkt auf GABA-A, NMDA-Rezeptoren; erhöht Anzahl der abstinenten Tage  
UAW: Diarrhoe  
Dosis: unter 60kg 2x2, über 60kg 3x2 Tabletten / Tag

**Naltrexon (Revia®)**wirkt auf mu, delta Opiatrezeptoren; erhöht Anzahl abstinenter Tage, verringert nach Abstinenzunterbrechung das Risiko weiteren hohen Konsums und verringert bei Rückfällen die konsumierte Alkoholmenge  
UAW: Übelkeit, Schwindel, Gewichtsverlust; durch Wirkung auf delta Rezeptoren geringe Dysphorie - guter Effekt von SSRI

**Aversivbehandlung**bei Abstinenzwunsch, guter Compliance zur kurzfristigen Überbrückung bis zu einer geplanten Therapie oder längerfristig unter kontrollierter Einnahme im Rahmen von Therapieprogrammen: 🡺 ANTABUS Ambulanz Tel: 94676

💣 Beginn erst nach mehrtägiger Alkoholabstinenz nicht bei Patienten mit schwankender Motivation, verminderter Kritikfähigkeit.

**Disulfiram** (Antabus®) 400 mg Tab

🖐 zahlreiche KI – Codex! nicht bei stärkerem Leberzellschaden!  
bei Langzeittherapie: 6-monatlich BB, LFP, NFP  
initial 1 – 2 Tab (a 400mg) für 1 – 2 Tage, Erhaltensdosis ½ - 1 Tab

**Cyanamid** (Colme®)  
geringer ausgeprägte Alkoholreaktion, weniger UAW.  
15 – 20 gtt 2 x / Tag