

Clinical Pathway – Alkoholdelir

<p>Untersuchung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Foetor alcoholicus ○ fokal-neurologische Symptome ○ Zeichen der Mangelernährung und Exsikkose ○ Infektionszeichen inkl. Meningismus ○ Wunden und Prellmarken, Sturz- und Stoßverletzungen ○ Zerebelläre Symptome (zentrale Ataxie, Dysarthrie, sakkadierte Blickfolge, Rebound, Dysmetrie) ○ Zeichen der Leberdysfunktion: Lebervergrößerung, faziale Teleangiectasien, Gerinnungsstörung, Ikterus u. ○ Stammfettsucht und distale Muskelatrophien, Mangelernährung <p>Labor</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ u.U. noch erhöhter Blutalkohol ○ Hypokaliämie ○ erhöhte Transaminasen und erhöhtes Bilirubin sowie CDT (Carboanhydrasedefizientes Transferrin (sehr häufig)) ○ Blutbild: häufig erhöhtes 	<p>Basistherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Kontrolle der Vitalfunktionen ▶ sicherer venöser Zugang ▶ Vitamin B₁, initial 100 mg i.v., danach 3 x 50-100 mg p.o.; bei V.a. Wernicke-Enzephalopathie bis 5 x 100 mg i.v. vor Gabe glucosehaltiger Infusionen ▶ Flüssigkeitszufuhr unter ZVD-Kontrolle ▶ ggf. Bilanzierung ▶ bei Hypomagnesiämie 100 mg Mg⁺⁺/d ▶ Ausgleich Hypokaliämie ▶ Ausgleich Hyponatriämie (maximal 6 mmol/24 h) ▶ ggf. Fixierung, richterliche Unterbringung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ klinische Überwachung und Allgmeintherapie ▶ spezifische Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ausgeprägteres Alkoholentzugssyndrom ohne Delir: <ul style="list-style-type: none"> ○ vegetative Symptomatik ○ keine relevanten Bewusstseinsstörungen ○ fakultativ Anfälle ○ Delir im Alkoholentzug: <ul style="list-style-type: none"> ○ Relevante Bewusstseinsstörungen mit/ohne Wahrnehmungsstörungen ○ Anfälle ○ vegetative Symptomatik ○ Lebensbedrohliches Delir im Alkoholentzug mit intensivpflichtigen Organinsuffizienzen/ Hyperthermie 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Clomethiazol :4 x 2 Kps. à 192 mg/d p.o., Reduktion nach Klinik oder um 2 Kps./d oder bedarfsorientiert nach CIWA-Ar oder ▶ Diazepam :4–6 x 10 mg p.o. pro Tag, Reduktion um 10% pro Tag oder 3 x 20 mg im Abstand von 2 Stunden als loading dose oder bedarfsorientiert nach CIWA-Ar oder ▶ Lorazepam oder Clonazepam 4-6 x 1 mg p.o., Reduktion um 10 % pro Tag oder bedarfsorientiert nach CIWA-Ar oder ▶ Chlordiazepoxid 4–6 x 25–50 mg, Reduktion um 20% pro Tag oder 3 x 100 mg im Abstand von 2 Stunden als Loading dose <ul style="list-style-type: none"> ▶ Clomethiazol 4–8 x 2 Kps. à 192 mg/d (max. 24 Kps./24h) oder jew. 10 ml Saft p.o., Reduktion nach Klinik oder ▶ Haloperidol 3–6 x 5–10 mg p.o. oder i.m. pro Tag unter Monitorkontrolle plus ▶ Clomethiazol 6–8 (max. 12) x 2 Kapseln, à 192 mg p.o. oder jew. 10 ml Saft pro Tag oder ▶ Diazepam 6 x 10 mg p.o. pro Tag oder ▶ Lorazepam 6 x 1 mg p.o. pro Tag <ul style="list-style-type: none"> ▶ Haloperidol 3-6 x 5 mg (in Ausnahmen 10 mg) mg i.m. pro Tag unter Monitorkontrolle plus ▶ Diazepam 120–240 mg i.v. pro Tag (kontinuierlich oder als Boli) oder ▶ Midazolam bis 20 mg pro Stunde, nach Wirkung <p><i>Fakultativ zusätzlich:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Clonidin initial 0,025 mg i.v. pro Stunde, Dosis bei Bedarf erhöhen ▶ Dexmedetomidin unter intensivmedizinischer Überwachung initial 0,7 µg/kg/h, schrittweise Anpassung auf 0,2-1,4 µg/kg/h <p><i>Bei therapierefraktären Patienten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Propofol unter intensivmedizinischer Überwachung: langsame Titration, Dosis an Alter u./od. KG angepasst, Aufrechterhaltung mittels Infusion 9-15 mg Propofol/kg KG/h (Cave: Propofolinfusionssyndrom)
---	--	--	---	--

MCV, Anämie und Thrombozytopenie (häufig) <input type="radio"/> Plasmatische Gerinnungsstörungen (Verlängerte PTT oder abnormer INR/Quick) <input type="radio"/> erhöhte Harnsäure und erhöhte Triglyzeride (häufig) <input type="radio"/> erhöhte Lipase und Alpha-Amylase (bisweilen)		<input type="radio"/> Zusatzdiagnostik	<input type="radio"/> ungeklärte fokale Zeichen oder <input type="radio"/> Traumaanamnese oder <input type="radio"/> gerinnungshemmende Therapie	<input type="radio"/> CCT
			<input type="radio"/> Hinweise auf Wernicke-Enzephalopathie:	<input type="radio"/> MRT
			<input type="radio"/> Hinweise auf Meningoenzephalitis:	<input type="radio"/> Liquordiagnostik