

Gäller för: Verksamhet Rättspsykiatri, Verksamhet Psykiatri Affektiva,
Verksamhet Medicin Geriatrik och Akutmottagning Östra, Verksamhet Beroende,
Verksamhet Anestesi Operation IVA Östra
Innehållsansvar: Henrik Norrsell, (henno4), Sektionschef
Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad
Godkänd av: Sofia Ekdahl, (sofek1), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-02-03

Giltig till: 2027-02-03

Alkoholabstinens

Förändringar sedan föregående version

Förtydligande om IVA kontakt.

Syfte

Instruktion för behandling av alkoholabstinens.

Ansvar

Respektive linjeförordare ansvarar för att rutinen är känd och följs.

Arbetsbeskrivning

Behandling av alkoholabstinens

Forskning har visat att hjärnskador av alkohol uppkommer speciellt i abstinensfasen. Många patienter börjar uppvisa abstinens redan när blodkoncentrationen av alkohol sjunkit påtagligt jämfört med vad de är vana vid. Initiala symptom är grovvågig tremor, ångest och oro, svettningar, takykardi, lätt hypertension, illamående och kräkningar, hypertermi, hyperreflexi, yrsel och sömnsvårigheter. Efter någon dag kan det tillkomma hallucinationer i form av syn- eller hörselhallucinationer. Man talar då om ett predelirium. Tillkommer konfusion har man ett fulminant delirium.

Obehandlat delirium är ett potentiellt dödligt tillstånd. Delirium kommer oftast efter tre till fyra dagars alkoholabstinens. Utvecklar patienten delirium är extravak alltid påkallat.

En fruktad komplikation till gravt alkoholberoende är Wernicke-Korsakoffssyndrom med oftalmoplegi, ataxi, konfusion, minnesstörningar, polyneuropati och konfabulation. Etiologin är Tiaminbrist och behandlingen består i tillförsel av Tiamin i.v.

SBU rekommenderar entydigt att man i första hand använder sig av bensodiazepiner – oxazepam förordas vid behandling av lättare och måttlig alkoholabstinens eftersom eliminationen huvudsakligen sker via njurarna. Vid svårare abstinens kan man använda sig av diazepam-schema

som i särskilt svåra fall kan dubbleras.

Om det inte finns somatiska komplikationer som kräver särskilda åtgärder handläggs patienten initialt vid den psykiatriska akutmottagningen.

Tungt Oxazepamschema, tablett 15 mg

Dag 1: 2 + 2 + 2 + 2

Dag 2: 2 + 1 + 1 + 2

Dag 3: 1 + 1 + 1 + 1

Dag 4: 1 + 0 + 0 + 1

Dag 5: 0 + 0 + 0 + 1

Lätt Oxazepamschema, tablett 15 mg

Dag 1: 1 + 1 + 1 + 1

Dag 2: 1 + 0 + 1 + 1

Dag 3: 1 + 0 + 0 + 1

Dag 4: 0 + 0 + 0 + 1

Lätt Diazepamschema, tabl 5 mg

Dag 1: 1 + 1 + 1 + 1

Dag 2: 1 + 0 + 1 + 1

Dag 3: 1 + 0 + 0 + 1

Dag 4: 0 + 0 + 0 + 1

Dag 5: 0 + 0 + 0 + 0

Tungt Diazepamschema, tabl 10 mg

Dag 1: 1 + 1 + 1 + 1

Dag 2: 1 + 0,5 + 0,5 + 1

Dag 3: 0,5 + 0 + 0,5 + 1

Dag 4: 0,5 + 0 + 0 + 0,5

Dag 5: 0 + 0 + 0 + 0,5

Vid mycket svår abstinens kan tungt diazepamschema dubbleras i dos.

Vid behovsmedicinering med oxazepam eller diazepam ges frikostigt utifrån kliniska abstinenstecken, speciellt under de första dagarna.

Om patienten söker akut och uppvisar allvarligare tecken på abstinens (takykardi, hypertoni, tremor, hallucinationer) ges engångsdos oxazepam 50 mg po. Vänta 75 min och om lugnad; inläggning med oxazepamschema. Om kvarstående tydlig abstinens ges 100 mg oxazepam po. Avvakta 75 min. Vid fortsatt tydliga abstinenstecken ges 40 mg diazepam po.

Vid utebliven effekt av ovanstående behandling, alternativt om ineliggande patient inte svarat på totalt 100 mg diazepam det senaste dygnet, kontaktas medicin III-jour för övertag till medicinkliniken och ges 40 mg diazepam iv. Därefter upprepas diazepam 80 mg iv var 5:e min till

abstinensen är dämpad. Eventuellt kan man vid tredje dosen lägga till 5 mg Haloperidol i.m, med maxdos 20 mg Haloperidol/dygn. Om patienten inte lugnas på sammanlagt 400 mg diazepam eller om vitala funktioner är hotade **skall kontakt med IVA tas för diskussion om sövning.**

I vissa fall kan patienter vara så agiterade att bedömning görs att det inte går att vänta på att diazepamschemat ovan har effekt. Ta då kontakt med IVA för ev. direkt sövning och intubation.

När den akuta abstinensen är åtgärdad kontaktas psykkonsult via remiss för ställningstagande till övertag till beroendeklinikens sluten-/öppenvård eller primärvård. De patienten som krävt intravenös behandling eller har komplicerande somatiska tillstånd som kräver mer övervakning skall vårdas på MAVA tills stabiliserad på p.o. schema.

Vid fullt utvecklat delirium (allvarlig abstinens med konfusion) skall patienten vårdas på MAVA och direkt sederas med diazepam 40 iv mg. Vänta 5 min, ge därefter 80 mg var 5:e min med ev. tillägg av Haloperidol vid 3:e och 5:e inj (dryga då ut injektionsintervallet till 10 min). Om patienten inte lugnats på sammanlagt 400 mg diazepam eller om vitala funktioner är hotade bör man överväga kontakt med IVA.

När patienten vaknar efter sedering ges laddningsdos 20 mg diazepam p.o. om given < 200mg, eller 40 mg diazepam p.o. om > 200 mg diazepam vid sedering.

Observera att rutinmässig behandling med Karbamazepin som krampprofylax inte rekommenderas.

Tiaminsubstitution

Efter lång och hög daglig alkoholkonsumtion bör vitaminsubstitution, oavsett kliniska tecken, sättas in.

Profylax: Neurobion 3 ml x 1 i.m. i 3 dygn. Vid klinisk misstanke om Wernicke ges Tiacur 50 mg/ml 10 ml x 3 i.v. i 3 dagar, därefter minst 200 mg/dygn under 5 dygn. Intensiv initial Tiaminbehandling är helt avgörande för den långsiktiga prognosen vad det gäller minnesfunktion och lägre doser anses inte ge förbättring.

Obs! Vid kliniska tecken på Wernicke-Korsakoff måste Tiamin ges före intravenös glukostillförsel.

Uppföljning: T Beviplex Forte 2x2 i en månad.

Uppföljning och utvärdering

Revisionsansvarig ansvarar för uppföljning och utvärdering. Avvikelse hanteras enligt SUs riktlinjer för MedControl Pro.

Granskare/arbetsgrupp

Pia Arnbart, överläkare Verksamhetsområde Psykiatri affektiva

Olle Hagberg, vårdenhetsöverläkare Verksamhetsområde Psykiatri Beroende

Marie Becker, vårdenhetsöverläkare Verksamhetsområde AnOplva Östra

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Henrik Norrsell, sektionschef verksamhetsområde Medicin Geriatrik Akutmottagning Östra
Dimitrios Pliakos, CHÖL Verksamhet Rättspsykiatri
Eirini Alexiou, verksamhetschef Verksamhet Rättspsykiatri

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Rättspsykiatri, Verksamhet Psykiatri Affektiva, Verksamhet Medicin Geriatrik och Akutmottagning Östra, Verksamhet Beroende, Verksamhet Anestesi Operation IVA Östra

Innehållsansvar: Henrik Norrsell, (henno4), Sektionschef

Granskad av: Olle Hagberg, (ollha4), Specialistläkare, Dimitrios Pliakos, (dimpl1), Sektionschef

Godkänd av: Sofia Ekdahl, (sofek1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9772-1276147733-144

Version: 12.0

Giltig från: 2025-02-03

Giltig till: 2027-02-03