

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	Avrusning alkohol for inneliggende pasienter
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Rusbehandling	Dato gyldig til: 08.10.2027
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Pasientbehandling	Versjon: 4.01
Dok. eier: Ohldieck, Christian	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Druckrey-Fiskaaen, Karl Trygve og Kaldestad, Ingeborg	Dok.id: D61728

1 Hensikt

Retningslinjen kommer til bruk hos pasienter som innlegges til avrusning alkohol eller som innlegges for andre tilstander, men som har hatt et høyt forbruk av alkohol.

Målet er å unngå at pasienter som er innlagt til alkoholavrusning, utvikler alvorlig abstinens i form av delir av ulik alvorlighetsgrad.

2 Ansvar

Leder er ansvarlig for implementering av retningslinjen i egen enhet og skal sørge for at lege, sykepleier/ vernepleier får nødvendig opplæring i vurdering og behandling av alkoholabstinens.

Lege, sykepleier/ vernepleier er ansvarlig for å gjøre seg kjent med innholdet i retningslinjen.

3 Gjennomføring

- Mottakspersonell måler promille og skårer [CIWA](#) i mottak
- Lege i mottak vurderer risikofaktorer [1] for alvorlig abstinens:
 - Alkoholbruk siste måned og uke
 - Tidligere kramper, delir eller Wernicke encefalopati
 - Leversykdom som skyldes alkohol
 - Underernæring eller risiko for underernæring som vekttap siste år, redusert BMI manglende matlyst, kvalme og oppkast
 - Alvorlig somatisk sykdom
- Ved daglig høyt alkoholbruk siste uke før innleggelse får pasienten krampeprofylakse med valium 10 mg x 3-4 fast i 3 dager, deretter bråseponering. Ved mindre alkoholbruk den siste uken skal det likevel vurderes krampeprofylakse hos pasienter med risikofaktorer som angitt ovenfor. Ved mer enn 48 timer etter alkoholinntak skal spesialist vurdere om det er indikasjon for krampeprofylakse
- Pabrinex eller tiamin 250 mg i.m. eller i.v. i 3 - 5 døgn, deretter Berocca så lenge pasienten er innlagt til avrusning og stabilisering
- Tilstrebe blodprøver med alle elektrolytter første døgn
- Ved mindre enn 4 døgn siden siste alkoholinntak skal CIWA måles som angitt nedenfor
- Krampeprofylakse kan starte når promille har kommet ned til ca. 1

3.1 Rutiner for bruk av CIWA-skår

- [CIWA](#) måles minimum hver 4. time til promille = 0. Deretter minimum en gang per vakt. CIWA seponeres dersom 3 påfølgende målinger fordelt over et døgn er under 10, gitt at promille ved alle målinger var 0
- Dersom CIWA ≥ 10 gis 10 mg valium p.o og CIWA måles på ny etter en time. Dersom CIWA fremdeles er over 10 gjentas prosedyren

- Dersom to påfølgende CIWA målinger, gjort med en times mellomrom er under 10, vurderes CIWA en gang per vakt som beskrevet ovenfor. Ved tegn på økende abstinens måles CIWA på ny
- CIWA registreres i Meona
- Dersom pasienten sover skal han/hun ikke vekkes for CIWA-scoring eller Valium administrering

3.2 Medikamentelle tiltak basert på CIWA score

- Dersom CIWA ≥ 10 gis 10 mg valium p.o og CIWA måles på ny etter en time. Dersom CIWA fremdeles er over 10 gjentas prosedyren. Dersom første CIWA er > 15 gis 20 mg som første dose valium

Merknad: Dersom man har gitt 100 mg diazepam i døgndose bør det gjøres en vurdering av differensialdiagnostikk for symptomer, f.eks hodetraume og infeksjon med delir. Dersom man er sikker på at plagene skyldes alkoholabstinens (spesielt dersom det er kjent at pasienten har vært i behov av høye doser før) er det ingen absolutt øvre grense for diazepam.

Individuelt vurderes behov for 10 mg x 4 i 1-2 døgn i etterkant

3.3 Generelle tiltak

- Miljøtiltak: skjerming for inntrykk og rikelig væsketilførsel
- Alle medikamenter som kan øke faren for delir, senke krampeterskelen eller ha psykiske sideeffekter (antihistaminer, z-preparat og nevroleptica) skal unngås/midlertidig seponeres

3.4 Utvikling av delir

Ved utvikling av delir må vitalia måles og somatisk årsak undersøkes (infeksjon, elektrolyttforstyrrelser, hypo/hyperglykemi, akutt nevrologisk tilstand etc). Det bør også utelukkes psykiatrisk årsak til symptomene (akutt psykose, mani). Dersom abstinenser fremstår som den mest sannsynlige årsaken til symptomene, er behandlingen diazepam i repeterte doser inntil søvn. Forslagsvis 10-20 mg initialdose og deretter 10 mg pr time inntil søvn. Målet er sammenhengende søvn i 6-8 timer. Noen kan trenge hyppigere dosering enn en gang pr time. Andre tiltak er ro, skjerming fra lyd/lys, jevnlig tilsyn med fortløpende vurdering av tilstand og videre oppfølging. Overføring til akuttposten eller medisinsk avdeling kan bli aktuelt. Se også nivå-1 prosedyre for [Agitert delir](#).

Videre plan etter akuttfasen vurderes av postlege, det kan være behov for å justere døgndose eller nedtrappingstempo.

4 Referanser

Interne referanser

[4.2.1.6-01 CIWA](#)

Eksterne referanser

[Nasjonal faglig retningslinje for rusmidler og vanedannende legemidler](#)

1. Wood E, Albarqouni L, Tkachuk S, Green CJ, Ahamad K, Nolan S, McLean M, Klimas J: **Will This Hospitalized Patient Develop Severe Alcohol Withdrawal Syndrome?: The Rational Clinical Examination Systematic Review**. *Jama* 2018, **320**(8):825-833.
2. Jesse S, Bråthen G, Ferrara M, Keindl M, Ben-Menachem E, Tanasescu R, Brodtkorb E, Hillbom M, Leone MA, Ludolph AC: **Alcohol withdrawal syndrome: mechanisms, manifestations, and management**. *Acta Neurol Scand* 2017, **135**(1):4-16.
3. Skinner RT: **Symptom-Triggered vs. Fixed-Dosing Management of Alcohol Withdrawal Syndrome**. *Medsurg Nurs* 2014, **23**(5):307-315, 329.
4. Weintraub SJ: **Diazepam in the Treatment of Moderate to Severe Alcohol Withdrawal**. *CNS Drugs* 2017, **31**(2):87-95.
5. Lai JY, Kalk N, Roberts E: **The effectiveness and tolerability of anti-seizure medication in alcohol withdrawal syndrome: a systematic review, meta-analysis and GRADE of the evidence**. *Addiction* 2022, **117**(1):5-18.
6. Pani PP, Trogu E, Pacini M, Maremmani I: **Anticonvulsants for alcohol dependence**. *Cochrane Database Syst Rev* 2014(2):Cd008544.
7. Amato L, Minozzi S, Davoli M: **Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome**. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, **2011**(6):Cd008537.
8. Li Y, Ma J, Jin Y, Li N, Zheng R, Mu W, Wang J, Si JH, Chen J, Shang HC: **Benzodiazepines for treatment of patients with delirium excluding those who are cared for in an intensive care unit**. *Cochrane Database Syst Rev* 2020, **2**(2):Cd012670.
9. Schuckit MA: **Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens)**. *N Engl J Med* 2014, **371**(22):2109-2113.
10. Burry L, Mehta S, Perreault MM, Luxenberg JS, Siddiqi N, Hutton B, Fergusson DA, Bell C, Rose L: **Antipsychotics for treatment of delirium in hospitalised non-ICU patients**. *Cochrane Database Syst Rev* 2018, **6**(6):Cd005594.