

KRANKENPFLEGE

journal

Krankenhaus-Magazin

Perioperative Therapieprobleme

Der Alkoholiker in der operativen Medizin

**– unter besonderer Berücksichtigung
des perioperativen Alkoholentzugssyndroms**

Von Hardy-Thorsten Panknin und Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler

Sonderdruck aus
Krankenpflege-Journal
Nr. 10/1999

Verlag „Die Schwestern-Revue“ GmbH
Am Schwarzenberg 28
97078 Würzburg

Aus der Klinik für Allgemein- und Thoraxchirurgie (Direktor: Prof. K. Schwemmler) der Justus-Liebig-Universität Gießen

Perioperative Therapieprobleme

Der Alkoholiker in der operativen Medizin – unter besonderer Berücksichtigung des perioperativen Alkoholentzugssyndroms

Von Hardy-Thorsten Panknin und Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler

Keywords / Schlüsselbegriffe

- perioperatives Alkoholentzugssyndrom (AES)
- Alkoholiker
- operative Medizin

Einleitung und Problemstellung

Alkohol ist der bedeutendste suchterzeugende Stoff in unserer Gesellschaft, dessen chronischer Mißbrauch nicht nur zur Abhängigkeit führt, sondern auch zu Organschädigungen (Egerer und Seitz 1998).

Jedes Jahr werden in Deutschland durchschnittlich pro Kopf 11,2 Liter reinen Alkohols konsumiert, soviel wie nirgendwo sonst in der Welt (Abb. 1).

In den USA sind nach Aussagen von Nash, 1997 11 Millionen Menschen alkoholkrank.

In der Bundesrepublik soll es 2,5 Millionen behandlungsbedürftige Alkoholiker geben, also über 3% der Einwohner – Tendenz steigend.

Das Durchschnittsalter der chronischen Alkoholiker liegt in den niedergelassenen Arztpraxen bei 39 und in unfallchirurgischen Kliniken bei 45,5 Jahren.

Der volkswirtschaftliche Schaden, der daraus jährlich der Gemeinschaft der Versicherten entsteht, wird auf 20 Milliarden Deutsche Mark geschätzt. Dem stehen nur 6 Milliarden Deutsche Mark Einnahmen aus der Alkoholsteuer gegenüber.

Pro Jahr sterben bei uns fast 1% der Alkoholabhängigen, das sind 15.000–20.000 Todesfälle!

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Alkoholiker als exzessive Trinker, deren Abhängigkeit einen sol-

chen Grad erreicht hat, daß deutliche geistige und körperliche Störungen, Konflikte in den mitmenschlichen Beziehungen und in den sozialen und wirtschaftlichen Funktionen entstehen oder Vorzeichen solcher krankhaften Entwicklungen bemerkbar sind.

Alkoholiker sind multimorbide Patienten und benötigen professionelle psychosoziale Betreuung während des Klinikaufenthaltes.

In der Bundesrepublik Deutschland hat das Bundessozialgericht die „Trunksucht“ durch das rechtskräftige Urteil vom 18.06.1968 als Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung anerkannt.

Aus der Sicht der Ärzte und Pflegekräfte sind mögliche und vorhandene Probleme des chronisch Alkoholkranken, die während eines stationären Aufenthaltes auftreten können, in die Therapieplanung miteinzubeziehen.

Gefahren im Hinblick auf die Alkoholabhängigkeit

Durch regelmäßigen übertriebenen Alkoholkonsum über einen längeren Zeitraum kommt es zu multiplen Organschäden an Herz (Kardiomyopathie), Leber (Leberzirrhose) und Pankreas (Pankreatitis).

Es können weiterhin Polyneuropathien und schwere Beeinträchtigungen des Zentralnervensystems wie Gedächtnisstörungen, Desorientiertheit und/oder Konfabulation (Wernicke-Korsakow-Syndrom) auftreten.

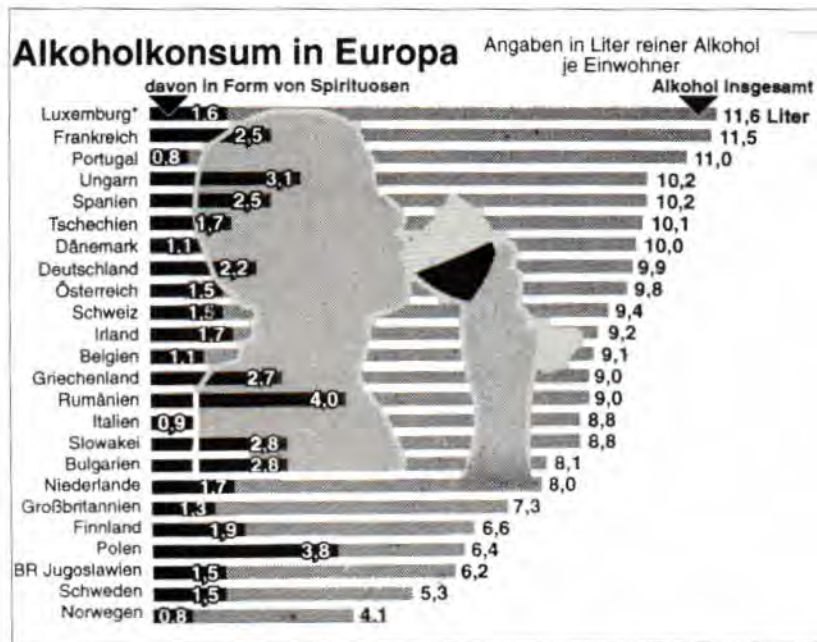


Abb. 1: Alkoholkonsum in Europa

Alkoholiker befinden sich außerdem wegen Fehl- und Mangelernährung häufig in einem schlechten Ernährungszustand. Ein alkoholbedingtes Vorhofflimmern mit Tachyarrhythmia absoluta erhöht das Risiko an einem akuten Herztod zu versterben (Wanamethee et al. 1992).

Dabei wird ein gestörter Magnesium-Haushalt mit Hypomagnesiämie mitverantwortlich gemacht, der zu supraventrikulären Rhythmusstörungen führen kann.

Auch das Risiko an Infektionen zu erkranken, ist beim Alkoholiker wegen seiner Immunschwäche signifikant erhöht (Pneumonien, septische Komplikationen). Man muß außerdem mit einer erhöhten Frequenz von Nach-

blutungen wegen Gerinnungsstörungen rechnen.

Der Alkoholiker in der Chirurgie

Alkoholiker müssen sich häufig in operativen Kliniken behandeln lassen, z.B. wegen Karzinomen des Rachens, des Kehlkopfes und der Speiseröhre oder wegen alkoholbedingter Unfälle. Daraus resultiert eine überdurchschnittliche hohe Prävalenz alkoholkranker Patienten in Intensiv- und Notfallambulanzen.

Untersuchungen über den Anteil von Alkoholikern in unterschiedlichen Fachdisziplinen ergaben erhebliche Unterschiede: in chirurgischen Abtei-

lungen betrug die Inzidenz 14%, in traumatologischen Kliniken 19% und auf internistischen Stationen 11% (Feuerlein, 1989).

Möller et al. haben an einem chirurgischen Allgemeinkrankenhaus im Rahmen einer retrospektiven Untersuchung errechnet, daß 19% der traumatologischen und 9% der allgemeinchirurgischen Patienten alkoholabhängig sind.

In der Universitätsklinik Lübeck haben Arolt und Mitarbeiter in internistischen und chirurgischen Kliniken bei 14,5% der stationären Patienten (25% der Männer und 4% der Frauen) eine Alkoholabhängigkeit ermittelt.

Daraus folgt, daß schon im Anamnesegespräch nach Alkoholabhängigkeit, nach einem Mißbrauch anderer Drogen oder nach einem Medikamentenabusus gefahndet werden muß.

Mayfield et al. haben 1974 einen einfachen Test (CAGE-Test) zur Früherkennung eines Alkoholabusus entwickelt, der relativ leicht und unauffällig in eine Anamneseerhebung eingebaut werden kann.

Dieser Test besteht aus vier Fragen:

1. Haben Sie (erfolglos) versucht, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren? (Cut down).
2. Ärgern Sie sich über kritische Bemerkungen Ihrer Umgebung wegen Ihres Alkoholkonsums? (Annoyed by criticism).
3. Haben Sie Schuldgefühle wegen Ihres Trinkens? (Guilt feelings)
4. Brauchen Sie morgens Alkohol, um erst richtig leistungsfähig zu werden? (Eye opener)

Wenn mehr als zwei Fragen positiv beantwortet werden, ist ein Alkoholismus wahrscheinlich.

Sein Ausmaß muß dann durch vertiefte Exploration (wenn möglich auch von Bezugspersonen), körperliche Untersuchungen und evtl. durch andere Testverfahren, z.B. „Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete“ (Feuerlein, 1989) bestätigt werden.

Weitere wichtige Fragen, die geklärt werden müssen (Zander, 1997):

Tabelle 1: Differentialdiagnose deliranter Zustände bei Intensivpatienten nach Wrobel et al. 1991.

Hypoxämie	medikamentöse Nebenwirkungen
Volumenmangel	ICU-Syndrom (psychischer Hospitalismus)
septisches Syndrom	Psychose
intrazerebrale Blutung	maligne Hyperthermie
Hirndrucksteigerung	zentrales anticholinerges Syndrom

- Welcher Typ von Alkoholabhängigkeit (WHO-Klassifikation) liegt vor?
- Wie schwer sind die daraus resultierenden Folgeerkrankungen?
- Hat der Patient schon einmal einen Entzug oder ein Delir durchgemacht?
- Liegen aktuell schon Zeichen für einen beginnenden Entzug vor?
- Sollte eine Prophylaxe wegen drohender Entzugserscheinungen durchgeführt werden?
- Wie sollte die Prophylaxe erfolgen?

Alkoholentzugssyndrom (AES)

Alkoholranke Patienten sind vor allem postoperativ delirgefährdet.

Eine Entzugsprophylaxe (Delirprophylaxe), z.B. mit Benzodiazepinen, Clomethiazol oder Clonidin, ist umstritten, da man den postoperativen Verlauf weniger gut beurteilen kann.

Gleichwohl weisen zwei Studien nach, daß die Beatmungsdauer signifikant durch die prophylaktische Gabe von Clonidin verkürzt werden und ein solches Vorgehen daher sinnvoll erscheinen kann (Kulka, 1996). Evtl. erübrigt sich manchmal dadurch eine intensivmedizinische Betreuung.

Sicher sind diese Medikamente indiziert, wenn nach einem operativen Eingriff Entzugssymptome auftreten.

Der delirante Patient gefährdet sich selbst durch Entfernung oft lebensnotwendiger Zugänge (zentralvenöse Katheter, Blasenverweilkatheter, Drainagen usw.).

Wegen seiner Unruhe und seines Bewegungsdrangs besteht außerdem die Gefahr, daß er aus dem Bett fällt oder bei unkontrollierten Gehversuchen stürzt und sich Frakturen zuzieht.

Betroffene Kranke bedürfen daher nach einem operativen Eingriff einer besonders intensiven Betreuung, die auf Normalstationen meist nicht gewährleistet ist.

Tabelle 2: Einteilung der Alkoholentzugssyndrome (AES).

Stadium I – vegetatives AES

somatisch:

- gastrointestinale Störungen (Brechreiz, Erbrechen, Diarrhoe),
- Herz-Kreislauf-Störungen (Tachykardie, labile Hypertonie) Schlafstörungen, Hyperhidrosis, Hyperreflexie Tremor, hirnorganische Anfälle,
- psychomotorische Unruhe.

psychisch:

- pseudoneurasthenisches Syndrom (Unruhe, Nervosität, Dysphorie, Ängstlichkeit, Konzentration vermindert).

Ausprägungsgrade:

- leichtes, mittelschweres, schweres AES,
- Bewußtseinsklarheit, Vollorientiert.

Stadium II – Prädelir

- deutliches vegetatives AES,
- psychomotorische Unruhe verstärkt,
- kognitive Störungen, Auffassungserschwerung, Merkfähigkeit vermindert, Konzentrationsmangel,
- Suggestibilität erhöht,
- flüchtige Halluzinationen (optisch und akustisch).
- Noch ausreichende Orientierung und Führbarkeit; Verstärkung der Symptomatik nachts.

Stadium III – Delirium Tremens

- Bewußtseinstrübung, Desorientierung,
- Halluzinationen (optisch und akustisch),
- starke psychomotorische Unruhe,
- zentralnervöse Übererregbarkeit (gesteigerte Eigen- und Fremdre reflexe),
- schweres vegetatives AES,
- generalisierte tonisch-klonische Anfälle,
- körperliche Komplikationen (Kreislauf, Stoffwechsel, ZNS),
- Suizidgefahr.

Tabelle 3: Vorteile der Clonidin-Therapie beim Alkoholentzugsdelir nach Heuzeroth und Grüneklee 1990.

- Keine Atemdepression,
- Senkung des Risikos von Pneumonien,
- Erhebliche Senkung des Pflegeaufwand,
- Geringeres Thromboserisiko,
- Geringerer Sedativa- und Analgetikabedarf bei chirurgischen Patienten (Wirkungsverstärkung),
- Kein Suchtpotential.

Tabelle 4: Problematik der Behandlung mit Sedativa nach Metz.

- meist hohe Dosen erforderlich,
- meist mechanische Fixierung notwendig.

Folgen: Atemdepression,
Hypoxämie
Sekretverhaltung,
Pneumonie.

- maschinelle Beatmung,
- Patienten nicht kooperativ,
- aktive Physiotherapie nicht möglich.

Folgen: Wundliegen, Dekubitus,
keine Mobilisierung,
Thromboserisiko erhöht.

Man sollte auch daran denken, daß Symptome eines Alkoholentzugsdelir durch andere Erkrankungen bedingt sein können, z.B. durch eine Peritonitis (Anastomoseninsuffizienz!), die ebenfalls Unruhe, Desorientiertheit usw. verursachen kann.

Die Letalität beim unbehandelten Alkoholentzugsdelir wird zwischen 15% und 30% (Feuerlein 1984) und bei ausreichender Therapie zwischen 1% und 8% angegeben. Die Haupttodesursachen stellen Herz-Kreislaufversagen und Pneumonien dar.

Voraussetzung für ein AES ist die tägliche Einnahme von 80-120g Alkohol über Jahre.

Wenn ein chronischer Alkoholiker seine gewohnte tägliche Menge an Alkohol unterschreitet – manchmal bereits nach einem Abfall der Blutalkoholkonzentration auf 1-2 Promille – können Schlafstörungen und Unruhe ein Entzugsdelir (Zeitraum zwischen 12-72 h) ankündigen.

Mit einem AES muß nach Aussage von Dauderer bei ca. 15% der stationären Alkoholiker gerechnet werden.

Ein manifestes Delirium tremens dauert in der Regel 4-8 Tage, selten deutlich länger (Tab. 2).

Das Delirium tremens (schwerste Form einer akuten exogenen Psycho-

se, ca. 1-4 Tage nach Alkoholentzug) kann kontinuierlich in ein schweres organisches Psychosyndrom vom Wernicke-Korsakowtyp (Syndrom aus Desorientiertheit, Gedächtnisstörungen, Merkfähigkeitsstörungen) oder in andere Formen der Demenz überleiten.

Therapie des AES in der operativen Medizin

In der Behandlung des Alkoholentzugssyndroms stehen verschiedene Medikamente zur Verfügung, die in operativen Kliniken sehr unterschiedlich eingesetzt werden.

Das Ziel ist die Dämpfung der produktiv-psychotischen Symptomatik, die Beeinflussung von Unruhe, Angst und ggf. Aggressivität, die Stabilisierung der vegetativen Fehlregulation und schließlich die Verhinderung und Behandlung von Komplikationen.

Als Basistherapeutikum hat sich der Alpha2-Antagonist Clonidin durchgesetzt. Metz und Nebel sowie Hausen und Vogel applizierten dieses Medikament erstmals in höheren Dosen intravenös bei schweren Alkoholentzugsdelirien.

Clonidin führt zu einer Herabsetzung des Sympathikustonus, und zwar über eine Stimulation präsynaptischer, hemmender Alpha-2-Rezeptoren durch Verminderung der Noradrenalinfreisetzung (Manhern et al. 1985), so daß gezielt in das pathophysiologische Geschehen des Delirium tremens eingegriffen und die Symptomatik vermindert werden kann. Mit der Anwendung dieser Substanz können andere Medikamente, die deutlich stärker sedierend wirken, reduziert und dadurch der Patient kooperativ gehalten werden (Zander, 1997).

Es hat sich bewährt, die vegetativen Symptome mit Clonidin (Paracefan®) zu vermindern und bei Bedarf mit Clomethiazol (Distraneurin®) zu kombinieren. Damit ist auch bei schweren Verläufen eine erfolgreiche Behandlung des Delirs möglich.

Die gefürchtete Verschleimung der Atemwege durch Clomethiazol ist in

Tabelle 5: Überwachungs- und Therapieoptionen beim schweren Alkoholentzugs-Syndrom auf der Intensivstation.

Überwachung

- Kontinuierliche EKG-Ableitung mittels Monitor.
- Regelmäßige Blutdruck- und Pulskontrollen,
- Zentralvenöser Druck.
- Blutgase.
- Körpertemperatur, Atemfrequenz.
- Urinausscheidung.
- Kontrolle der Ein- und Ausfuhr.

Grundbehandlung

- Clonidin-Perfusor (Paracefan® = 0,6-1,2mg in z.B. 50ml NaCl 0,9% Lösung als Trägersubstanz) – Tagesdosis zwischen 0,3 und 10mg i.v. je nach Schweregrad.

Cave: Applikation von Clonidin nur unter kontinuierlichem EKG-Monitoring (Bradykardie-Gefahr!) und regelmäßiger sorgfältiger Überwachung der gastrointestinalen Motilität.

Clonidin kann mit Neuroleptika (antipsychotische Wirkung) bei Halluzinationen oder mit Benzodiazepinen bei unzureichender Sedierung und/oder Krämpfen kombiniert werden.

- Clomethiazol-Infusion (Distraneurin® sedierende, anxiolytische, anti-krampflösende und vegetativ stabilisierende Wirkung).

Nebenwirkungen

Clonidin	Clomethiazol
Bradykardie	Bronchorrhö
Hypotonie	Hypersalivation
Mundtrockenheit	respiratorische Insuffizienz
Obstipation	Diarrhoe

- Ausgleich des Wasser-, Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushaltes sowie Therapie von Stoffwechselstörungen (Parenterale Flüssigkeitszufuhr 30 kcal und 50ml/kg/d).
- H₂-Blocker zur Streßulkusprophylaxe.
- Heparinisierung zur Thrombo-Embolie-Prophylaxe (**Cave:** Thrombozytopenie!).
- Substitution von Vitamin B-Komplex (Vitamin B₁ 100mg/24h) und Magnesium, Vitamin C, Folsäure (Ausgleich von meist ausgeprägten Defiziten).
- Pneumonie (Sekretolytika, intensive Physiotherapie) und Atelektasenprophylaxe.
- Dekubitus- Kontrakturen und Sturzprophylaxe (Bettleiter, ggf. ärztliche Fixierung).

dieser Kombination nur noch selten festzustellen (Tab. 3, 4).

In manchen Kliniken wird mit der Begründung, daß nur 2-15% der Alkoholiker im Laufe ihres Lebens ein AES entwickeln, auf eine Delirprophylaxe verzichtet. Auf frühe klinische Zeichen eines AES muß man dann bei Patienten mit bekannter Alkoholabhängigkeit sehr sorgfältig achten und eine Therapie einleiten, wenn sie beobachtet werden. Ob vor und nach größeren Operationen Alkohol substituiert oder ein Entzug eingeleitet werden soll, muß im Einzelfall entschieden werden.

Die Voraussetzung für eine prophylaktische Alkoholsubstitution ist nach Zander gegeben wenn:

- der Streß, der auf den Patienten wirkt, nicht zu groß ist,
- der Patient kooperativ ist, er selbst in der Lage ist, anzugeben, welche Menge Alkohol er in welcher Form wann braucht,
- die Menge und die Art des Alkohols, die der Patient bekommt, nicht limitiert ist.

Wenn wegen hochdosierter sedierender Medikamente mit einer zentralen Atemdepression bis hin zur Ateminsuffizienz zu rechnen ist, kann eine Intubation mit mechanischer Beatmung (Respiratortherapie) für 2-3 Tage notwendig werden (Tab. 5).

Psychosoziale Aspekte bei der Betreuung von Alkoholikern

Am wichtigsten ist es, daß sich die Pflegefachkraft Zeit für den Alkoholkranken nimmt und zuhört, welche Probleme er hat, und welche Hilfestellung sie ihm anbieten kann.

Merke: Alkoholranke sind – insbesondere bei gestörtem sozialem Umfeld – in hohem Maße suizidgefährdet!

Dem Patienten ist Mut zu zusprechen. Er muß aktiviert und motiviert werden, um sein Selbstgefühl zu bestärken. Besonders bei Angstzuständen muß dem Kranken das Gefühl vermittelt werden, daß alles für ihn getan wird. Man sollte ihm auch dringend zu einer Alkoholentwöhnungs-

Unser Zitat

„Technisch hochgerüstete Dummheit“

Es war Albert Einstein, der bekanntlich vor einer Verwilderung der wissenschaftlich - technischen Kultur gewarnt hatte. Der Geist der Wissenschaft, so erklärt Einstein, entspringt der Fähigkeit des Menschen, über seine Grenzen und seine selbstsüchtigen Interessen hinauszugehen und die Natur, zu der er gehört, in den Blick zu nehmen.

Die Wissenschaft aber versündigt sich gegen ihren Geist, wenn sie nur noch eigensüchtigen, materiellen Zwecken dient. Für Einstein ist das „Ganze“ die Einheit von Natur und Geist, und jeder Versuch, den Geist aus der Natur zu vertreiben, sperrt das menschliche Bewußtsein in ein Gefängnis ein. Die Natur wird zum Ding und schließlich wird der Mensch selbst auch zum Ding, das sich manipulieren und als Mittel zu allen möglichen Zwecken gebrauchen und mißbrauchen lässt. Dieses „Vergehen“ enthält bereits eine Strafe: Naturzerstörung und Menschenverachtung.

Wenn die moderne Zivilisation auch weiterhin den in sich selbst gefangenen Menschen begünstigt, wird sie, so Einsteins düstere Prognose, in der Selbsterstörung enden müssen. Und zwar deshalb, weil die geistige Verarmung des Menschen durch Selbstverdinglichung einhergeht mit einem ungeheuren Wachstum der technischen Fertigkeiten. Für Einstein besteht die Verwilderung in einer bestimmten Art von technisch hochgerüsteter Dummheit.

Rüdiger Safranski in „Vom Recht, geboren und nicht gemacht zu werden“, FAZ vom 23.9.99.

behandlung nach dem Krankenhausaufenthalt raten. Nach einer stationären Entzugstherapie bleiben bis zu 61% der Alkoholkranken nach vier Jahren abstinent (Lauderer, 1995).

Fazit

In den letzten Jahren hat der Alkoholkonsum in Deutschland signifikant zugenommen, wohl auch wegen der wirtschaftlichen Rezession mit der damit verbundenen Arbeitslosigkeit.

Daher muß auch und gerade in operativen Kliniken mit einem AES bis zum schweren Delir gerechnet werden. Damit befaßte Schwestern und Pfleger müssen die potentiellen Probleme beim Alkoholentzugsdelerium und ihre Behandlung kennen.

Weiterführende Literatur

- Braun, U.: Klinik und Diagnostik des perioperativen Alkoholdelirs. *DMW* (1991) 116:465-467
- Braun, U.: Therapie des perioperativen Alkoholdelirs. *DMW* (1991) 116:501-503
- Dauderer, M.: Praktische Erfahrungen bei der Prophylaxe des Alkohol-Entzugsdelirs. In: *Das Zentralanticholinerge-Syndrom: Physostigmin in der Intensivmedizin. Anästhesiologie, Psychiatrie.* Hrsg.: Stoeckel, H., Lauren, P. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1985
- Doeffinger, J., Jesch, F.: Intensivmedizinisches Notizbuch. Wissenschaftliche Verlagsabteilung Abbott GmbH, Wiesbaden
- Egerer, S., Seitz, H.: Häufige internistische Probleme bei psychisch Kranken im höheren Lebensalter. In: *Internistische Probleme bei psychiatrischen Erkrankungen.* (Hrsg.: Hewer, W., Lederbogen, F.) Ferdinand Enke Verlag 1998
- Feuerlein, W., Alkoholismus und affektive Störungen. In: *Feuerlein, W.: Alkoholismus-Mißbrauch und Abhängigkeit.* Georg Thieme Verlag Stuttgart, S. 55, 1984
- Feuerlein, W.: Zur Epidemiologie des Alkoholismus. In: *Der chronische Alkoholismus.* (Hrsg. Schied, H. W., Heilmann, H., Mayer, K.) Fischer Verlag Stuttgart 1989
- Feuerlein, W., Küfner, H., Soyka, M.: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit, 5. Auflage, Georg Thieme Verlag Stuttgart 1998
- Hausen, M., Vogel, A.: Hochdosierte Clonidintherapie - Ein neuer Weg zur Beherrschung des Alkoholentzugsdelirs? *Verh. deutsch. Ges. inn. Med.* (1984) 90:934-937
- Heil, Th., Martens, D., Eyrich, K.: Das Alkoholentzugssyndrom in der postoperativen Phase - Therapie oder Prophylaxe? *Langenbecks Archiv Chirurgie. Suppl II Kongreßbericht 1990*
- Heuzeroth, L., Grünekle, D.: Clonidin - eine Alternative in der Behandlung des Delirium tremens. *Medizinische Klinik.* (1988) 83:783-789
- Holzgreve, A., Rupp, K.D., Joostem, U., Hohlbach, G.: Die perioperative Entzugsproblematik bei Alkoholikern. In: *Jahrbuch der Chirurgie.* Hrsg.: Bunte, H., Junginger, Th. 1993
- Imdahl, H., Imdahl, A.: Prophylaxe und Therapie des Alkoholentzugsdelirs in der Chirurgie - Eine Fragenbogenanalyse. *Aktuelle Chirurgie* (1992)

27:139-143

Kulka, P.J.: Clonidin in der Therapie des Alkoholentzugsdelirs.

Lauderer, H.-J.: Der alkoholkranke Patient in der Praxis. *Fortschritte der Medizin* (1995) Nr. 33 469-472

Manhern, P., et al. *Alkoholism.* (1985) 9:238-243

Mayfield, D., McLeod, G., Hall, P.: The CAGE Questionnaire: validation of a new alcoholism instrument. *Am J. Psychiatry* (1974) 131:1121-1123

Meetz, S.A. et al. *J. clin. Endocr. Metab.* (1978) 40:83-90

Metz, G., Nebel, B., Corkin, S., Bösch, B., Kleinmann, B.: Die Intensivbehandlung des Alkoholentzugs mit Clonidin. In: *Clonidin in Anästhesie und Intensivmedizin* (Hrsg.: Klose, R., Büttner, J.) Perimed-spitta Verlag GmbH 1996

Möller, H.J., Angermund, A., Mühlen, B.: Prävalenzraten von Alkoholismus an einem chirurgischen Allgemeinkrankenhaus. Empirische Untersuchungen mit dem Münchner Alkoholismus-Test. *Suchtgefahren* (1987) 33:199

Naber, M., Franz, W., Overbeck, W.: Besonderheiten des Alkoholentzugsdelirs beim chirurgischen Patienten und Hinweise zur Behandlung. *Der Chirurg* (1991) 62:133-137

Purschke, R.: Perioperatives Risiko durch Alkohol- und/oder Medikamentenmißbrauch. Welche Therapie? *Langenbecks Archiv Chirurgie. Suppl. II Kongreßbericht 1990*

Schinzel, H., Weilemann, L.S., Swars, H., Kelbel, C., Meyer, J.: Erfahrungen bei der Behandlung schwerer Alkoholentzugssyndrome auf einer internistischen Intensivstation mittels Clonidin. *Intensivmedizin und Notfallmedizin* (1993) 30:79-83

Verner, L., Hartmann, M., Seitz, W.: Delir und Delirprophylaxe in der Intensivmedizin - Eine Standortbestimmung. *Steinkopf Verlag Darmstadt 1991*

Wannamethee, G., Shaper, A.G.: Alcohol and sudden cardiac death. *Br. Heart J* (1992) 68:443-488

Wrobel, N., Thalhofer, S., Köppel, C.: Clonidintherapie beim Alkoholentzugssyndrom bei Intensivpatienten. *Intensiv- und Notfallbehandlung.* (1991) 16:113-116

Zander, J.F. *Alkoholentzug bei operativen Intensivpatienten - Diagnose und Therapie - 1997*

Anschrift der Verfasser

Hardy-Thorsten Panknin

Fechnerstraße 4

D-10717 Berlin

E-Mail: pank@siroconnect.de

Prof. Dr. med.

Konrad Schwemmler

Direktor der Klinik für Allgemein-

und Thoraxchirurgie

Medizinisches Zentrum für Chirurgie,

Anästhesiologie und Urologie

Rudolf-Buchheim-Straße 7

D-35385 Gießen

E-Mail:

Konrad.E.Schwemmler@chiru.med.uni-giessen.de

Paracefan®

Clonidin

i.v. 0,15 mg und i.v. 0,75 mg

Bei Alkoholentzugs-Syndrom



Verschreibungspflichtig

Zusammensetzung: 1 Ampulle mit 1 ml/5 ml Injektionslösung enthält 0,15 mg/0,75 mg Clonidinhydrochlorid, entsprechend 0,13 mg/0,65 mg Clonidin sowie Natriumchlorid, Salzsäure und Wasser. **Indikationen:** In der Intensivmedizin zur Behandlung der Symptome sympathoadrener Hyperaktivität (Tremor, Tachykardie, Hypertonie, Schwitzen, Unruhe, Tachypnoe) im Rahmen des akuten Alkoholentzugssyndroms. **Hinweis:** Eine Therapie mit Paracefan i.v. darf nur unter kontinuierlicher EKG-Monitorüberwachung und regelmäßiger sorgfältiger Überwachung der gastrointestinalen Motilität durchgeführt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff Clonidinhydrochlorid oder einen der sonstigen Bestandteile, Erkrankung des Sinusknotens (Sick-Sinus-Syndrom), Bradykardie unter 50 Schläge/min, ausgeprägte Hypotonie, endogene Depressionen, Schwangerschaft und Stillzeit, vorbestehende Erkrankungen des Erregungsleitungssystems des Herzens (AV-Block II. und III. Grades). **Relative Kontraindikationen sind:** Koronare Herzkrankheit (insbesondere bei frischem Herzinfarkt), schwere Herzinsuffizienz, fortgeschrittene arterielle Verschlusskrankheit, Raynaud-Syndrom, Thrombangiitis obliterans, Niereninsuffizienz, zerebrovaskuläre Insuffizienz, Obstipation und Polyneuropathie. **Nebenwirkungen:** Häufig treten auf: Mundtrockenheit, dosisabhängige Sedierung: Müdigkeit, Benommenheit, Darmträgheit, Hypotonie, Bradykardie. Gelegentlich können auftreten: Übelkeit und Erbrechen, Kopfschmerzen, Abnahme von Potenz und Libido, Verminderung des Tränenflusses, Schwindel, orthostatischer Kollaps, Parästhesien, Raynaud-Syndrom, Parotisschmerz,

Austrocknen der Nasenschleimhäute sowie Allergien in Form von Exanthem, Urtikaria, Pruritus und Alopezie. Clonidin kann zu einer Verstärkung bereits bestehender Herzrhythmusstörungen (AV-Blockierungen, AV-Dissoziation) sowie selten zu Schlafstörungen, depressiver Verstimmung, Wahrnehmungsstörungen, Sinnestäuschungen, Alpträumen, vorübergehendem Anstieg des Blutzuckerwertes, Verwirrheitszuständen, Gewichtsabnahme, Gewichtszunahme (Natrium- und Wasserretention), Gynäkomastie, Akkommodationsstörungen und einer Minderperfusion der Niere führen. In Einzelfällen sind Miktionsstörungen, eine Verstärkung einer bestehenden Herzinsuffizienz, eine Beeinflussung des Coombs-Tests und der Leberfunktionstests sowie initial für einige Minuten systolische Blutdruckerhöhungen beobachtet worden. Bei Patienten mit Alkoholentzugssyndrom kann spontan Darmträgheit bis hin zum paralytischen Ileus auftreten, die durch Paracefan i.v. verstärkt werden kann und ggf. Dosisreduktion/Absetzen erfordert. Nach plötzlichem Absetzen von Paracefan i.v. ist eine überschießende Sympathikusreaktion mit Kopfschmerzen, Übelkeit, Unruhe, Nervosität, Zittern, Herzrhythmusstörungen, Tachykardie und eventuell lebensbedrohlichem Blutdruckanstieg möglich. Diese Beschwerden sind durch ein Ausschleichen der Medikation zu verhindern.