

Alkoholabstinenssyndrom - Diagnostikk og behandling

D50520

Utgave:
1.01

Gjelder fra:
07.04.2025

Side 1 av 7

Hensikt og omfang

Sikre pasienter med alkoholabstinens og truende delir god diagnostikk og behandling i akuttmottak, på sengeposter og intensiv.

Redusert inntak av alkohol hos pasienter med langvarig forhøyet alkoholforbruk kan gi abstinens, kramper, hallusinasjoner og i alvorligste tilfeller delirium tremens.

- Milde symptomer debuterer fra ca 2-6 timer etter siste inntak/kraftig reduksjon i alkohol inntak
- Kramper/hallusinasjoner etter 12-48 timer
- Delirium tremens (hallusinasjoner, desorientering, tachykardi, hyperventilasjon med respiratorisk alkalose, hypertensjon, feber, agitasjon, svetting, elektrolyttforstyrrelser) debuterer etter 48-96 timer, kan vare opptil 1 uke

Ansvar/målgruppe

Ansvarlige leger og sykepleiere

Handling

Diagnostikk og differensialdiagnoser

- Alkoholabstinenssyndrom er en klinisk diagnose ((symptomer som i skjema CIWA-Ar, se [vedlegg](#)) CIWA-Ar og CIWA-B [benzo] ligger i MetaVision, også Opioidskår). Alvorlige differensial diagnoser må utredes/utelukkes (b la. hodetraumer, infeksjon, pankreatitt.)

Utredning

- Relevante lab-prøver: medisinsk innkomstpakke, hvite med maskinell diff, CK, etanol, s-elektrolytter inkl Mg, fosfat, klorid, kalsium. U-stix.

Anbefalinger for håndtering

Pasienter med mistenkt alkoholmisbruk

- **CAGE-spørsmål anbefales for å avdekke alkoholmisbruk** (svak anbefaling/lav kvalitet på dokumentasjon).
 - Cut down – har du følt behov for å redusere alkohol inntaket?
 - Annoyed – har du blitt irritert over andres kommentarer på ditt alkoholforbruk?
 - Guilty – dårlig samvittighet over alkoholforbruket?
 - Eye opener – behov for alkohol om morgenen?
- Skår > 2 indikerer alkoholmisbruk/avhengighet
- Positiv CAGE-skår og betydelig inntak av alkohol den siste uken, gir mistanke om at pasienten er i faresonen for utvikling av alkoholabstinenssyndrom

Våkne pasienter med mistenkt alkoholabstinenssyndrom

- Bruk av eget registreringsskjema i 72 timer (basert på CIWA-Ar, se [vedlegg](#), CIWA-Ar og CIWA-B [benzo] ligger i MetaVision, også Opioidskår) anbefales hos våkne pasienter for diagnostisering, skåring av alvorlighetsgrad, monitorering og symptom-rettet behandling (sterk anbefaling, høy kvalitet på dokumentasjonen).
- Pasienten må være våken og kommunisere verbalt for gyldig CIWA-Ar skår
- Hyppighet avgjøres av skår på skjema. Første skår i mottak, deretter gjøres CIWA-Ar og vital monitorering av sykepleier. Pasienten skal ikke vekkes for CIWA-Ar skår på natt.
- CIWA-Ar skjemaet er en del av pasientens journal.
Se [Skåringskriterier av abstinensgrad og tiltak](#) og [vedlegg](#)

Skåringskriterier av abstinensgrad og tiltak

CIWA-Ar-score (vedlegg)	Grad av abstinens	Tiltak
0	Ingen abstinens	Ingen tiltak. Ny symptom- vurdering etter 4 timer.
1-7	Mild abstinens	Ingen tiltak. Ny symptom-vurdering etter 4 timer.
8-14	Moderat abstinens	Medikamentell behandling iht skjema: Stesolid 5-10 mg IV hvert 20 minutt, eller Temesta/Ativan 2-4 mg PO/IV hvert 30 minutt. *, **, *** Observasjon av vitale parametere før medikament, og 15 min etter siste dose. Ny CIWA-Ar vurdering etter 1 time. Vurder overflytting til intensiv/medisinsk overvåkning
> 15	Alvorlig abstinens	Medikamentell behandling iht skjema: Stesolid 5-10 mg IV hvert 20 minutt, eller Temesta/Ativan 2-4 mg PO/IV hvert 30 minutt. *, **, *** Observasjon av vitale parametere før medikament, og 15 min etter siste dose. Ny CIWA-Ar etter 1 time. Pasienten bør overvåkes på intensiv/medisinsk overvåkningsavdeling.

* Hos eldre pasienter, alvorlig syke eller KOLS bør en vurdere benzodiasepiner med kortere virkningstid. Lorazepam (Ativan, Temesta) foretrekkes ved uttalt cirrhose, grunnet manglende aktive metabolitter.

** Medikamentdoser og hyppighet må vurderes individuelt og ordineres av ansvarlig lege. Hyppigere doseringer kan være nødvendig.

*** IV-administrering hos alle med kramper og delirium tremens. IV admin foretrekkes også ofte de første dagene hos andre pasienten grunnet redusert opptak fra GI-traktus.

- Pasienter bør få rolige omgivelser.

Pasienter med mild alkoholabstinens 0-7 skår:

- *Monitorering uten symptom-rettet behandling* anbefales, ny symptomskår etter 4 timer (sterk anbefaling/ høy kvalitet på dokumentasjonen)

Pasienter med moderat-alvorlig alkoholabstinens > 8 skår:

- *Symptomrettet behandling med medikamenter* anbefales (sterk anbefaling/ høy kvalitet på dokumentasjonen).
Observasjon på intensiv bør vurderes, konferer med vakthavende anestesilege.
- Monitorering skal inkludere registrering av vitale parametre (BT, temp, puls og respirasjonsfrekvens) ved CIWA-Ar skår, før ny dose benzodiazepiner, og 15 min etter siste dose
- Behandlingsmål er CIWA-Ar skår < 8. Eldre og/eller hjertesyrke pasienter kan ha behov for tyngre sedering grunnet lavere toleranse for abstinenssymptomer.
- *Benzodiazepiner foreslås fremfor alternativene (antipsykotika, antiepileptika, beta-blokkere og klonidin)* grunnet noe bedre effekt, og bedre sikkerhetsprofil (Svak anbefaling/ moderat kvalitet på dokumentasjonen).
Langtidsvirkende benzodiazepiner (f.eks Stesolid, Valium og Ativan) foretrekkes primært. Hos eldre og pasienter med KOLS bør benzodiazepiner med kortere virkning vurderes.
- Dersom *høy dose Stesolid* (>50 mg IV første timen) eller > 10 mg *Ativan* ikke kontrollerer symptomene kan en vurdere å legge til Fenemal, eller evt Propofol. (Svak anbefaling, moderat kvalitet på dokumentasjon). Evt Dexdor (manglende dokumentasjon). Disse pasientene skal alltid observeres på intensiv.

Pasienter som ikke er våkne eller ikke kan svare verbalt (f.eks kirurgiske pasienter) med mistenkt alkoholabstinenssyndrom

- Profylaktisk regime Stesolid 2,5-10 mg IV, eller Temesta 0,5-2 mg IV hver 6 time, i inntil 3-4 dager uten symptomer. Ved symptomer som kan relateres til alkoholabstinenssyndrom forlenges behandlingen.
- Monitorering av vitale parametre ved medikament administrering og etter 15 min.
- Overgang til CIWA-Ar skår styrt medisinerings når pasienten er våken og kan kommunisere

Intensiv monitorering av pasienter som får benzodiazepiner eller andre sederende medikamenter er indisert ved følgende kriterier (3)

- Pasienter med behov for medisinerings bør vurderes for observasjon på intensiv
- Eldre pasienter da de har behov for tyngre sedering
- Hjertesvikt, arytmi, angina, nylig hjerteinfarkt
- Hemodynamisk instabilitet
- Markert syre-base forstyrrelse
- Alvorlige elektrolyttforstyrrelser
- Respirasjonssvikt – hypoksi, hyperkapni, alvorlig hypokapni, astma, KOLS
- Potensielt alvorlig infeksjon
- Tegn på pankreatitt, GI-blødning, hepatisk insuffisiens, mistenkt peritonitt
- Vedvarende febril > 39
- Rhabdomyolyse
- Nyresvikt
- Tidligere komplisert alkoholabstinens episoder (delirium tremens, kramper)

Utgave: 1.01	Alkoholabstinenssyndrom - Diagnostikk og behandling	D50520 Side 4 av 7
-----------------	--	-----------------------

- Behov for høye doser benzodiazepiner (> 50 mg første time)
- Abstinens symptomer ved promille

Andre tiltak hos alle pasienter med mistenkt alkoholabstinenssyndrom

- *Tiamin* 100 mg x 1 IM anbefales første 3 døgn (sterk anbefaling, moderat kvalitet på dokumentasjon), deretter overgang til PO 2 tab Afi-B total x 2
- *Multivitaminer med folat* foreslås daglig (svak anbefaling, lav kvalitet på dokumentasjon)
- *Kalium, magnesium og fosfat* bør korrigeres ved behov
- Volumunderskudd kalkuleres og korrigeres
- Pasienter med alkoholmisbruk er ofte underernært/feilernært og alkoholabstinens medfører høy metabolisme. *Glukose* kan gis første 1-2 dager (kun etter Tiamin). Dersom vedvarende problemer med egen ernæring bør sondeernæring/tilskudd vurderes.

Dokumentasjon og rapportering av tilstand

Korrekte aktivitetsdata er viktige for virksomhetsstyring og finansiering. Om det fremgår av dokumentasjonen at abstinens påvirker/bidrar til helsehjelp bør det rapporteres med aktuell ICD 10 kode i F-kapitlet.

NAVNELAPP

Dato
Klokkeslett
Signatur

Kvalme og oppkast: Spør "føler du deg kvalm?"															
0	1	2	3	4	5	6	7								
Ingen kvalme/ oppkast		Intermitterende kvalme m/brekninger				Konstant kvalme, brekninger/oppkast									
Tremor: Spør "om å løfte armene og holde fingrene fra hverandre"															
0	1	2	3	4	5	6	7								
Ingen tremor		Merkes ved fingertupp mot fingertupp		Moderat, ved utstrakte armer		Alvorlige, selv uten utstrakte armer									
Paroxysmal svette															
0	1	2	3	4	5	6	7								
Ingen synlig svette		Knappt merkbar, fuktige håndflater		Tydelige svetteperler i panna				Gjennomvåt av svette							
Angst: Spør "om han føler seg nervøs?"															
0	1	2	3	4	5	6	7								
Ingen tegn til angst		Moderat angst				Akutt panikk tilstand									
Agitasjon/ uro															
0	1	2	3	4	5	6	7								
Normal		Mer enn normal aktivitet		Moderat urolig/ rastløshet		Konstant rastløs/ vandrende									
Taktile (følbare) forstyrrelser: Spør "har du kløe, prikkende og stikkende følelse eller nummenhet? Føler du småkryp som kravler under huden din?"															
0	1	2	3	4	5	6	7								
Ingen kløe, prikking, stikking, alvorlige brenning eller nummenhet		Svært mild		Moderat alvorlige hallusinasjoner		Vedvarende taktile hallusinasjoner									
Hørselsforstyrrelser: Spør "er du mer følsom for lyder rundt deg? Er de forsterket? Skremmer de deg? Hører du noe som forstyrrer deg? Hører du ting du vet ikke er der?"															
0	1	2	3	4	5	6	7								
Ikke tilstede		Svært mildt forsterket		Moderat alvorlige hallusinasjoner		Vedvarende hørsel hallusinasjoner									
Synsforstyrrelser: Spør "Virker lyset til å være for skarpt og annerledes i farge? Er det vondt for øynene dine? Ser du noe som forstyrrer deg? Ser du ting som du vet ikke er der?"															
0	1	2	3	4	5	6	7								
Ikke tilstede		Svært lite sensitiv/lyssky		Moderate alvorlige hallusinasjoner		Vedvarende syns- hallusinasjoner									
Hodepine: Spør "Føler du deg annerledes i hode? Føles det som om det er et band rundt hodet ditt?"															
0	1	2	3	4	5	6	7								
Ikke tilstede		Svært mild		Mild		Moderat		Ekstrem							
Orientering og kognisjon: Spør "Hvilken dag er det? Hvor er du? Hvem er jeg?"															
0	1	2	3	4											
Orientert, kan gjøre enkel summering		Kan ikke gjøre enkel summering/ usikker på dato		Desorientert for dato < enn to kalender dager		Desorientert for dato > enn to kalender dager		Desorientert for sted og/ eller egen identitet							
Totalsum:															
Kliniske parametere * ved skår > 8 se bakside.															
Puls															
BT															
Respirasjonsfrekvens															
SaO2 (%)															

Sum	Kategori	Tiltak
0-7	Ingen til mild abstinens	Ingen tiltak. Ny vurdering etter 4 timer
8-14	Moderat abstinens	Medikamentell behandling, Kliniske parametere etter 15 min. Ny Ciwa-Ar skår etter 60 min.
> 15	Alvorlig abstinens	Behandling som ved moderat, vurder overflytting til intensiv.

Kliniske parametre før og etter medikament registrering

Dato og klokkeslett									
Signatur									
Total skår									
Medikament og dose									
Før/15 min etter medikamenter	Før Etter	Før Etter	Før Etter	Før Etter	Før Etter	Før Etter	Før Etter	Før Etter	Før Etter
Puls									
BT									
Respirasjonsfrekvens									
SaO2									
Dato og klokkeslett									
Signatur									
Total skår									
Medikament og dose									
Før/15 min etter medikamenter	Før Etter	Før Etter	Før Etter	Før Etter	Før Etter	Før Etter	Før Etter	Før Etter	Før Etter
Puls									
BT									
Respirasjonsfrekvens									
SaO2									

Referanser

[SI/17.29-59](#)
[PsH05.01/21-04](#)

[CIWA-Ar](#)
[Alkoholabstinens - medisiner](#)

Utgave: 1.01	Alkoholabstinenssyndrom - Diagnostikk og behandling	D50520 Side 7 av 7
-----------------	--	-----------------------

1. Metodebok.no [Metodebok.no - abstinensstilstander](#)
2. Nasjonal faglig retningslinje: [Avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler - Helsedirektoratet](#)
3. UpToDate: Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes.
4. Amato L, Minozzi S, Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the alcohol withdrawal syndrome. The Cochrane Library 2011, Issue 6.
5. Dhalla S, Kopec JA. The CAGE questionnaire for alcohol misuse: a review of reliability and validity studies. Clinical & Investigative Medicine - Medecine Clinique et Experimentale. 30(1):33-41, 2007