



Umgang mit Risikopatienten

Alkoholkonsum im Spital – (k)ein Problem

Regelmässiger Alkoholkonsum ist für eine Vielzahl von gesundheitlichen Problemen während des Spitalaufenthalts verantwortlich. Hinschauen ist gefragt.

Text: Wolfgang Hasemann, Manuela Soldi, Deborah Leuenberger, Conrad Wesch, Dagmar Schmid, Daniel Bodmer, Anita Fumasoli

Foto: Fotolia

9.6% der Schweizer Bevölkerung trinkt regelmässig und 29% der über 74-Jährigen trinken täglich Alkohol (Gmel, Notari, Georges, & Wicki, 2012). Gegenüber einem unregelmässigen Konsum führt ein täglicher Alkoholkonsums von 10g pro Tag (3 dl Bier oder 1dl Wein) zu zusätzlichen 15 Krebserkrankungen unter 1000 Frauen bis zum 75. Lebensjahr (Allen et al., 2009). Als riskanter Alkoholkonsum (hazardous drinking) wird bei Frauen eine tägliche Alkoholmenge von mehr als 12 bis 40 g und bei Männern von mehr als 24 bis 60 g bezeichnet (DHS, 2007; Friedlander & Norman, 2006; Moore et al., 2001; National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA) Consortium, 2004; NSW HEALTH DEPARTMENT, 2000). Als schädlicher Konsum (harmful alcohol use) gelten bei Frauen täglich 40 bis 80 g und bei Männern 60 bis 120 g Alkohol. Ab 48–70g täglichem Alkohol über 12 Jahre steigt das Risiko, eine Leberzirrhose zu entwickeln, um den Faktor 7 bei Männern und um das

17-fache bei Frauen (Becker et al., 1996). Hochkonsum ist eine tägliche Alkoholmenge von mehr als 80 g bei Frauen und mehr als 120 g bei Männern.

Die Folgen im Spital

Regelmässiger Alkoholkonsum erhöht das Risiko für postoperative Komplikationen. Nath et al. (2010) untersuchten 316745 Patienten mit einem Wahleingriff auf postoperative Komplikationen. 7631 (2.5%) dieser Patienten tranken in den letzten zwei Wochen vor der Operation täglich mehr als 7 dl Bier oder 3.5 dl Wein, und hatten häufiger eine Pneumonie, Sepsis, Wundinfektion oder Nahtinsuffizienz. Deutlich weniger postoperative Komplikationen haben Patienten, wenn sie ihren täglichen Alkoholkonsum (> 60 Gramm = 1.5 Liter Bier oder 7 dl Wein) 4 Wochen vor der Operation stoppen (Tonnesen et al., 1999). Schädlicher Alkoholkonsum geht mit einem erhöhten Risiko für einen Alkoholentzug einher (Monte et al., 2010). Die Entwicklung von Entzugssymptomen hängt vom Geschlecht, vom Alter und von der täglichen Alkoholmenge ab. Über 65-jährige Menschen haben aufgrund einer gesteigerten Empfindlichkeit des Gehirns gegenüber Alkohol ein höheres Risiko, ein Entzugssyndrom selbst bei niedrigeren Alkoholmengen zu entwickeln (DHS, 2008; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 2005; Oslin, 2004).

Alkoholentzugssyndrom

Bereits 6–12 Stunden nach Unterbrechung des Alkoholkonsums können erste Entzugssymptome wie feinschlägiger

Tremor, Angst, depressive Verstimmung, Schlaflosigkeit, Schweissausbrüche, Herzklopfen, Blutdruckanstieg, Appetitlosigkeit, Übelkeit oder innere Unruhe auftreten (siehe Tabelle). Ca. 95% der Alkoholentzüge überschreiten dieses Stadium nicht (Diener et al., 2008). Ein kleiner Teil der Betroffenen entwickelt jedoch weitere Symptome, wie Halluzinationen oder epileptische Anfälle, welche den Übergang in das Entzugsdelir ankündigen. Das Entzugsdelir, das um den dritten Tag seinen Höhepunkt erreicht, ist gekennzeichnet durch einen höheren Schweregrad der zuvor genannten Symptome, sowie durch eine charakteristische Bewusstseinsstörung mit Desorientierung, Gedächtnisstörung, erhöhter Beeinflussbarkeit (Suggestibilität), Halluzinationen und Wahnvorstellungen (z. B. Vergiftungswahn).

Auftreten und Schweregrad der Symptome werden mittels der Entzugsskala CIWA-AR (Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale) ermittelt (Sullivan, Sykora, Schneiderman, Naranjo, & Sellers, 1989; Weitzdörfer, 2009). Während der körperliche Entzug nach 7–10 Tagen beendet ist, treten ab der 3. Woche vermehrt psychischen Störungen wie Angst, Unruhe, Gereiztheit und Schlafstörungen auf, welche sich ab der 7. Woche der Abstinenz zum sog. protrahierten Entzugssyndrom steigern können, auf deren Basis es häufig zur Rückfälligkeit kommen kann (Scholz, 1988).

Prävention und Behandlung

Alkohol bewirkt im Gehirn eine Hemmungsverstärkung am GABA-Rezeptor

Autorinnen und Autoren

Dr. Wolfgang Hasemann, PhD, RN¹;
Manuela Soldi, BScN^{1,2}; **Deborah Leuenberger**, BScN²; **Conrad Wesch**, BScN¹; **Dr. med. Dagmar Schmid**¹;
Prof. Dr. med. Daniel Bodmer¹,
Anita Fumasoli, MNS¹.

Kontakt: Andreas Hinck, Leiter Pflege HNO, andreas.hinck@usb.ch

¹ Universitätsspital Basel

² Institut für Pflegewissenschaft Basel



Symptomverlauf beim Alkoholentzug

Häufigkeit	95%	4.67%	0.33%
Diagnose	Entzugserscheinungen (Übergang in Delir nur in 7%)	Entzugsdelir	Lebensbedrohliches E-Delir
Symptome	Zittern: Feinschlägiger Tremor Angst/Depressive Verstimmung Schlaflosigkeit Schweissausbrüche Herzklopfen Blutdruckanstieg Appetitlosigkeit, Übelkeit Innere Unruhe	grober Finger-/Händetremor → Schlaf-Wachrythmusstörung Übermässiges Schwitzen Tachykardie Hypertonie → Agitiertheit	→ → → → } Schwerkardiale Störungen → → →
	Halluzinationen Epi. Anfälle	→ → Fieber Wahn Suggestibilität Bewusstseinsstörungen Desorientierung Gedächtnisstörungen	→ → → → Schwere Bewusstseinsstörungen → → Schwere pulmonale Störungen
Stunden/Tag	6–12 Std.	12–24 Std.	2 Tage
			3 Tage
			4 Tage
			5 Tage
			6 Tage
			7 Tage

und blockiert die Aktivierung des NMDA-Rezeptors. Grössere Alkoholmengen wirken sedierend bis hin zur Bewusstlosigkeit wie z. B. bei dem von Jugendlichen praktizierten «Komasaufen». Unter einem chronischen Alkoholkonsum passt sich das Gehirn an, wodurch selbst grössere Mengen Alkohol nicht mehr sedierend wirken. (Bleich, Sperling, Wiltfang, Maler, & Kornhuber, 2003). Wird der regelmässige Alkoholkonsum plötzlich gestoppt, entfällt die hemmende Komponente des Alkohols. Das Gehirn ist nun übererregt und reagiert mit Entzugssyndromen und -delirien (American Psychiatric Association, 2000; Diener et al., 2008; Galvin et al., 2010).

Unbehandelt verläuft das Entzugsdelir in 15% der Fälle tödlich (Diener et al., 2008; Hufschmidt & Lücking, 1999). Benzodiazepine (z. B. Temesta) setzen wie Alkohol am GABA-Rezeptor an und können als Prävention und Behandlung eines Entzugs eingesetzt werden. Die intravenöse Alkoholgabe hat gegenüber der Gabe von Flunitrazepam- Clonidin (Rohypnol-Catapresan), Chlormethiazol-Haloperidol (Distraneurin-Haldol), Flunitrazepam-Haloperidol (Rohypnol-Haldol) keine Vorteile. Keines der Schemata schützt sicher vor Entzugssyndromen und Entzugsdelirien (Spies et al., 1995).

Weinberg et al. (2008) verglichen die Gabe von intravenösem Alkohol mit in-

travenösen Benzodiazepinen. Dabei war es unter der Alkoholgabe schwieriger, den therapeutischen Zielkorridor zu erreichen, selbst bei maximaler Alkoholgabe. Die Alkoholgabe beim vollständig entwickelten Entzugsdelir gilt als wirkungslos («point of no return») und wird von Fachgesellschaften als Behandlungsoption strikt abgelehnt (Diener et al., 2008; Engelhardt, 1996). Alkoholkrankte leiden unter chronischem Vitamin B1 Mangel. Parenterale Glukosegaben können das Gehirn unwiderruflich schädigen, wenn Vitamin B1 zuvor nicht substituiert wurde (Zauner, Kneidinger, Lindner, Schneeweiss, & Zauner, 2005).

Delirien und seine Folgen

Delirien können für den betroffenen Patienten und seinen Angehörigen gleichermaßen unangenehm sein (Buss et al., 2007; O'Malley, Leonard, Meagher & O'Keefe, 2008). Während das Erleben eines deliranten Zustandsbildes mit Unsicherheit, Verwirrung und Angst für den Patienten und seinen Angehörigen verbunden sein kann, stellt sich die Betreuung von Patienten mit Delir als eine potentiell sehr belastende und ressourcenbindende Herausforderung für Pflegefachpersonen und Ärzte dar (McDonnell & Timmins, 2012; Schofield, 2008). Komplikationen wie Verletzungen und Pneumonien während des Spitalaufent-

halts sind beschrieben worden (Francis & Kapoor, 1992; Marcantonio et al., 2005; McCusker, Cole, Abrahamowicz, Primeau & Belzile, 2002; McCusker, Cole, Dendukuri, Belzile, & Primeau, 2001; O'Keefe & Lavan, 1997; Olofsson, Lundström, Borssen, Nyberg & Gustafson, 2005).

Trinkgewohnheiten ansprechen

Chronischer Alkoholkonsum ist mit einem erhöhten Tumorrisiko im Mund-, Kiefer- und Halsbereich verbunden. Auf der HNO Bettenstation des Universitätsospitals Basel sprechen Pflegefachpersonen Patienten aller Altersgruppen, welche eine Tumor-Operation haben, auf ihre Trinkgewohnheiten an.

Patienten mit einem riskanten oder schädlichen Alkoholkonsum erhalten das Angebot, während der Alkoholkarenzzeit eine Substitutionstherapie mit Temesta zu erhalten, um einem Entzugssyndrom oder Entzugsdelir vorzubeugen. Neben einer Fixmedikation schätzen Pflegefachpersonen den zusätzlichen Bedarf an Reservemedikation mittels CIWA-AR ein und verabreichen ab einem festgelegten Score weitere Medikamente. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und zurzeit evaluiert. Erste Ergebnisse werden im Jahr 2015 erwartet. ■

Literatur: www.delir.info