

CytoSorb® Best Practice



Flowchart Leberfunktionsstörung



Patientenauswahl

- Bilirubin > 10 mg/dl (> 170 µmol/l)
- Hepatische Enzephalopathie Grad ≥ 2
- Akutes Leberversagen oder akut-auf-chronisches Leberversagen Grad 2-3
- Begleitender vasoplegischer Schock, der nicht auf die Standardtherapie anspricht (am besten innerhalb der ersten 24 Std. anwenden)
- Beginn eines Leberversagens nach einer Operation oder Transplantation
- Therapierefraktärer Pruritus



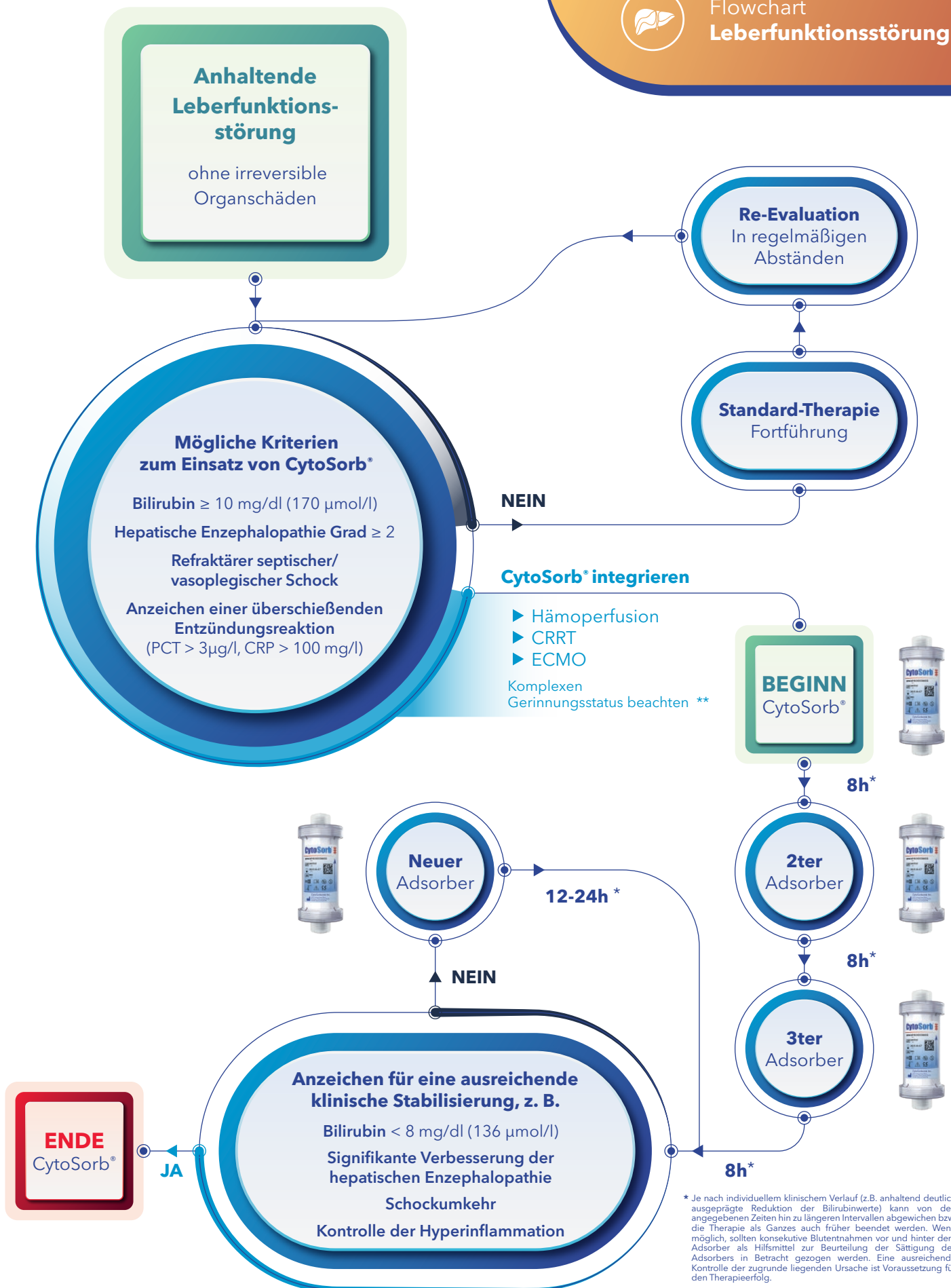
Timing

Integration von CytoSorb® in Hämo-perfusion, CRRT oder ECMO



Dosierung

Einen Adsorberwechsel nach 8 Stunden in Erwägung ziehen, bis eine ausreichende Stabilisierung / klinische Verbesserung eingetreten ist



* Je nach individuellem klinischem Verlauf (z.B. anhaltend deutlich ausgeprägte Reduktion der Bilirubinwerte) kann von den angegebenen Zeiten hin zu längeren Intervallen abgewichen bzw. die Therapie als Ganzes auch früher beendet werden. Wenn möglich, sollten konsekutive Blutentnahmen vor und hinter dem Adsorber als Hilfsmittel zur Beurteilung der Sättigung des Adsorbers in Betracht gezogen werden. Eine ausreichende Kontrolle der zugrunde liegenden Ursache ist Voraussetzung für den Therapieerfolg.

** Die Antikoagulation muss sorgfältig durchgeführt werden. Verlassen Sie sich nicht allein auf PT- oder INR-Werte.

Ausführliche Informationen unter cyto.zone/setup

Folgen Sie uns auf: | www.cytosorb.com