Akut gastrointestinal blödning-misstanke LE

Innehåll

Syfte och omfattning 2
Bakgrund 2
Bedömning på Akutmottagningen: 2
Cirkulatoriskt instabila patienter 3
Nedre GI-blödning 4
Indikation för inläggning 4
Utredning av nedre GI blödning 5
Referenser 5
Dokumenthistorik 5

Syfte och omfattning

Patienter med akut gastrointestinal (GI) blödning är kirurgins ansvar.

De som har kroniska besvär (asymtomatisk anemi, positiva hemocult, färsk blödning vid defekation osv) kan ofta skötas poliklinisk eller av andra specialiteter.

Dokumentet beskriver handläggning av patienter med misstänkt akut GI-blödning förekommande inom uppdraget för Lasarettet Enköping kirurgi.

Bakgrund

Patienter med GI-blödning är vanligt förekommande.

På AKM LE finns inget specifikt kirurgiskt larm för att snabbt kunna påkalla uppmärksamhet för kirurgisk handläggning av patienter. Det finns ej heller möjlighet till akut gastroskopi, avdelningsvård, IMA-, eller IVA-vård och ej heller akut operation.

Därför är det av yttersta vikt att misstänkt akut gastrointestinal blödning direkt transporteras till Akademiska sjukhuset enligt Behandlingsriktlinjer Ambulanssjukvård i Region Uppsala.

Se även Enköping: patientstyrning inom ambulanssjukvården
Behandlingsriktlinjerambuppsala.com

Patienter med misstanke om akut gastrointestinal blödning som redan är inlagda t ex på medicinavdelning skall av ansvarig läkare medicin omedelbart skötas i samråd med dagbakjour/husjour kirurg AS för snabbt omhändertagande och eventuell avtransport.

Om patient utan ambulanskontakt inkommer direkt till AKM LE med misstänkt akut pågående gastrointestinal blödning, är det viktigt att patienten får bedömning och omhändertagande som redan vid första kontakt med patienten uppmärksammar risken för allvarlig sjukdom. Följande åtgärder nedan kan behöva övervägas innan avtransport till AS.

Bedömning på Akutmottagningen:

Handläggning av patienter med GI-blödning sker initialt enligt ABCDE-kriterier. Nedan följer specifika åtgärder för GI-blödning oavsett genes till blödning:

- Syrgas med målsaturation över 93 %. Syrgas till alla cirkulatoriskt instabila patienter. Om patienten behöver> 6 l/min O2 för adekvat syresättning misstänk aspiration.

- Patienter med upprepade kräkningar och risk för aspiration ska få en ventrikelsond. Hos övriga patienter finns inte vetenskaplig evidens för dess användning, men kan användas bland annat för diagnostik.
- Fri venväg med 2 grova PVK:er.
- Blodprover (blodstatus, leverprover, PK-INR, APTT, elektrolyter, urea, kreatinin, blodgruppering och BAS-test).
- Anamnestagning och undersökning av patient för att kunna bedöma varifrån blödningen kommer, övre GI, nedre GI eller annat (näsa, lungor).
- Rektoskopi vid misstanke om nedre GI-blödning. Kommer blod högre upp i tarmen? Hittas en sannolik blödningskälla? Viktigt att man även efter att ha hittad förklaring i rektum/anus tar ställning till och går vidare med kolonutredning.
- Handlägg i samråd med bakjour LE

Cirkulatoriskt instabila patienter

Vid livshotande situation larma alltid narkosläkare direkt enligt akut rutin Akuta larm på Lasarettet i Enköping, Region Uppsala.se (pdf)

Kontakta din bakjour kirurgen

Patient i chock – om möjligt planera förbered och för transfusion 4 enh erytrocyter i väntan på blod påbörja Ringeracetat iv 1000 ml/30 min initialt. Ge 2 g fibrinogen (RiaStap®). Det finns ingen evidens för att ge Cyklokapron vid gastrointestinala blödningar (som finns beskrivet i masstransfusionsprotokollet). Övertransfundera inte patienterna, då det ökar blödningsrisken och påverkar koagulationen. Oftast räcker Hb 90 g/l.

Waranbehandlade patienter med cirkulationspåverkan ska få Ocplex® samt Konakion tills normalt PK.

Patienter med DOAK (direktverkande orala antikoagulantia) handläggs i samråd med koagulationskunning. Koagulationsförmågan återkommer efter ca 1 dygn om läkemedlet sätts ut. OBS: Detta är beroende av normal njurfunktion. Effekten av Pradaxa (dagigatran) kan reverseras med Praxbind (idarucizumab).

Reversering av NOAK (Apixaban, endoxaban eller rivaroxabab). Överväg att ge Protrombinkomplexkoncentrat (PCC)- Ocplex eller Confidex - <15 timmar sedan senaste NOAK-dos ges 2000E Ocplex eller Confidex - 15-24 timmar sedan senaste NOAK-dos ges 1500E.

Ordna för avtransport till AS. Kontakta dagbakjour/husjour kirurg AS för rapportering.

Vid stark misstanke om blödande esofagusvaricer (känd levercirrhos, etylanamnes, kända varicer):

- Kontakta medicinsk gastroenterolog/medicinkliniken LE i första hand för övertagning av behandlingsansvar.
- Om detta inte är möjligt, till exempel på grund av jourtid, kontakta dagbakjour/ husjour kirurg AS för rapportering
- För initial behandling vid stark misstanke om blödande esophagusvaricer vg se: Gastrointestinal blödning, Region Uppsala.se (pdf)

Nedre GI-blödning

Definieras som blödning från tarmen nedanför Treitz ligament. Den har ofta ingen påverkan på allmänt tillstånd, blödningen kan upphöra utan någon aktiv behandling. Det är ytterst viktigt att även om blödningen avstannar spontant eller att det finns en möjlig benign förklaring, som hemorrojder, att malignitet utesluts. Många patienter som är opåverkade kan utredas polikliniskt men andra patienter behöver inneliggande vård för observation och utredning.

Vanliga blödningskällor är:

- Hemorrojd (5–20%)
- Polyp/Tumör (2–15%)
- Divertikel (30–65%)
- Kolit
    - Ischemisk (5–20%)
    - IBD (3–5%9
    - Infektiös (2–5%)
- Angiodysplasi (5–10%)

Indikation för inläggning

Inte alla patienter med nedre GI-blödning behöver läggas in eller utredas akut men symtomen och kliniska bilden styr hur utredningen planeras. De patienter som skall läggas in är följande:

- Cirkulatoriskt påverkad patient
- Tecken på rikliga blödningar
- Anemi, behov av transfusion

Utredning av nedre GI blödning

Val av utredning styrs av symtom, klinisk bild och vad bedöms som sannolik blödningskälla.

- **Gastroskopi**: Kan vara indicerad för att utesluta övre GI-blödning
- **Koloskopi/Sigmoideoskopi**: Koloskopi kan påvisa/utesluta polyper, tumörer, kolit och andra blödningskällor i kolon. Men kräver att patienten laxerar. I vissa fall kan blödningskällan hittas vid sigmoideoskopi som inte kräver lika stor förberedelse.
- **CT angiografi:** Kan användas i vissa fall för att lokalisera blödningskällan**.**
- **Angiografi:** Kan användas i vissa svåra fall för att både hitta och åtgärda blödningskällan.
- **Kirurgi:** Patienter med stor blödning och/eller som inte har svarat på andra behandlingar. Viktigt att försöka lokalisera blödningskällan inför operation.
- **Kapselendoskopi**: Kan användas för att leta efter blödningskälla i tunntarmen
- **Handläggning**: Gastrointestinal blödning

För gemensamma riktlinjer för region Uppsala för handläggning gastrointestnal blödning var god se: Gastrointestinal blödning, Region Uppsala.se (pdf)

Referenser

Upper gastrointestinal bleeding due to a peptic ulcer. Laine l. N Engl J Med. 2016; 374: 2367-2376.

Transfusions strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. Villaneuvea C. N Engl J Med.2013.Jan 3;368(1):11-21.

Initial management for acute lower gastrointestinal bleeding. Aoki T et al. World J Gastroenterologi. 2019 Jan 7;25(1):69–84.

Dokumenthistorik

Författare Maria Flykt, sektionschef, kirurgi.

Datum: 2025-02-17.

Dokumentet författat utifrån förlaga från Akademiska sjukhuset Gastrointestinal blödning, Region Uppsala.se (pdf) DocPlusSTYR-17927.

Granskare: Arturo Centurion, Specialistläkare/MLL Akutvård, Aligül Kirik, överläkare VO Medicin