

Gäller för: VE Kir Uro Pall Onkologi, VE Akutmott Ambulans

Giltig från: 2025-06-03

Innehållsansvar: Bengt Orrenius, (benor), Processchef

Giltig till: 2027-06-03

Godkänd av: Jenny Berg, (jenbe), Verksamhetschef

Akut pankreatit - handläggning

Förändringar sedan föregående version

Förlängd giltighetstid

Bakgrund och syfte

Handläggning av patient med akut pankreatit.

Förutsättningar

Patient med akut pankreatit som ska behandlas.

Utförande

Akut pankreatit är ett allvarligt tillstånd som är potentiellt livshotande. De allra flera tillfrisknar inom 3-5 dagar, men 10-20% utvecklar en svår nekrotiserande inflammation med en mortalitet på 10-30%. Patienter som utvecklar en svår pankreatit med sviktande diures, cirkulation och/eller respiration samt är svåra att smärtlindra skall IVA-vårdas.

Definition: Smärta i epigastriet med dragning åt vänster sida och/eller mot ryggen samt S-amylas >3 gånger det normala.

Således en mycket vid definition då stegrat amylas kan förekomma vid många andra tillstånd. Akut gallvägsobstruktion med bakteremi kan förekomma i ett tidigt stadium. Finns risk för snabb sepsisutveckling.

Etiologi: Gallsten och alkohol står för orsaken i 70-90% av fallen. Resterande orsakas av trauma, kirurgi, infektion, hyperlipidemi, läkemedel, ERCP, hyperkalcemi, ischemi, hereditet, vaskulit, pankreascancer, cystisk fibros, papilladenom etc.

Diff-diagnoser: Hjärtinfarkt, kolecystit, kolangit, tarmischemi, perforerat ulcus, njursten, pleurit, aortaaneurysm.

Utredning: Bred provtagning inkluderande blod-, el- och leverstatus, CRP, amylas, P-glukos, samt N/L-kvot vid inkomsten.

EKG (hjärtinfarkt)

Ultraljud gallvägar, akut dagtid, med frågeställning gallsten, vidgade gallvägar.

Fundera på om DT kommer ändra handläggningen annars avvakta med kontrast-DT tills njurfunktionen är under kontroll. Kan göras utan kontrast vid "fri gas-frågeställning". Vid allvarligare pankreatit gör DT efter 5-7 dygn för att värdera nekrosutveckling och begynnande abscesser.

Prognostiskt ogynnsamma faktorer: Gallstenspankreatit, förstagångspankreatit, >55 år, BMI >30, CRP >120 inom 24 tim efter symtomdebut.

Akut behandling: Inriktas på att minska symtom och motverka komplikationer. Vid påverkade patienter eller dålig urinproduktion trots rikligt med intravenös vätska, tidig kontakt med IVA.

Vätska/nutrition: Minst 3 liter intravenös vätska/dygn beroende på urinproduktion. Tidig enteral nutrition gynnsam, men kan vara smärtsam. Sond vid tecken till ventrikelretention (illamående/kräkningar).

Smärtlindring: Morfin, EDA. Smärta är negativt för läkningen.

Antibiotika: Inte sällan debuterar patienten med kolangit och sepsis initialt. Kan förekomma utan feber. Vid stegrad N/L-kvot >15 och S-Laktat >3,5 mmol/L skall patienten odlas och skyndsamt sättas in på antibiotika. Förstahandsval Piperacillin/Tazobactam 4 g x 3 i v.

Vid mer stillsamma förlopp är feber av själva inflammationen vanligt men svårt kliniskt att skilja mot infektion varför antibiotika ofta sätts in men med oklar effekt. Bör odlas i samband med insättande.

Ovanligt med utveckling av bakteriellt infekterade abscesser de första 7-10 dagarna. Efter avslutad intravenös antibiotikabehandling i regel ingen fortsatt peroral behandling om

inte kvarvarande abscesser. Profylaktisk antibiotika vid pankreasabscesser är inte indicerat.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Kir Uro Pall Onkologi, VE Akutmott Ambulans

Innehållsansvar: Bengt Orrenius, (benor), Processchef

Godkänd av: Jenny Berg, (jenbe), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9710-1396384072-55

Version: 10.0

Giltig från: 2025-06-03

Giltig till: 2027-06-03