

Pankreatit, akut handläggning, SÄS

Sammanfattning

Rutin vid akut pankreatit av mild, medelsvår och svår typ som beskriver diagnostik, handläggning vid akutmottagning, vårdavdelning och IVA samt fortsatt handläggning.

Förändringar sedan föregående version

Ny rutin.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Förändringar sedan föregående version.....	1
Bakgrund.....	1
Förutsättningar	2
Klassifikation av pankreatit	2
Mild (lokal) pankreatit.....	2
Medelsvår pankreatit	2
Svår pankreatit.....	2
Diagnos	2
Differentialdiagnoser.....	2
Genes	3
Genomförande	3
På akutmottagningen när pankreatit misstänks.....	3
På vårdavdelning	3
Vid IVA-vård.....	4
Vid vårdtid på avdelning >1 vecka	5
Fortsatt handläggning	5
Dokumentinformation.....	6
Länkförteckning.....	6

Bakgrund

I Sverige drabbas 30 personer/100 000 invånare/år av akut pankreatit. För SÄS upptagsområde innebär det 70-80 patienter per år. 80% av dessa utvecklar en mild form av pankreatit. 20% medelsvår eller svår.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig.

Förutsättningar

Rutinen gäller vård av patienter med diagnosen pankreatit vid SÄS Borås. Målgruppen är läkare och vårdpersonal på SÄS.

Klassifikation av pankreatit

Mild (lokal) pankreatit

Ingen organsvikt, inga lokala komplikationer eller systemkomplikationer. Stillsam klinik som i regel går i regress på 1-2 veckor.

Medelsvår pankreatit

Övergående organsvikt (<48h) och/eller lokala komplikation eller systemkomplikationer.

Svår pankreatit

Persisterande organsvikt (>48h) med eller utan lokala komplikationer eller systemkomplikationer.

Organsvikt definieras som 2p eller högre på den modifierade [Marshallsalan](#).

Lokala komplikationer:

1. Akut peripankreatisk vätskeansamling (tidigt i förloppet).
2. Akut nektrotisk vätskeansamling (tidigt i förloppet).
3. Pseudocysta (sent i förloppet \geq 4 veckor).
4. Avkaplad nekros (sent i förloppet \geq 4 veckor).

Diagnos

Diagnos akut pankreatit baseras på två av tre följande:

- Svår akut buksmärta i övre delen av buken.
- Förhöjt amylas, minst 3 x referensvärde.
- Fynd på CT-buk med kontrast förenliga med akut pankreatit.

Om buksmärta och högt amylas föreligger behöver inte akut CT med kontrast genomföras.

Differentialdiagnoser

- Ulcus ventrikuli eller duodeni.
- Kolecystit.
- Tarmischemi.
- Hjärtinfarkt.
- Aortaaneurysm.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig.

Genes

40% alkoholutlöst, 40% gallstensutlöst. Övrigt: ERCP-utlöst, hyperlipidemi, läkemedel, hypercalcemi, trauma, cystisk fibros m.m.

Genomförande

Diagnosen ställs på akutmottagningen enligt ovan. Kausal terapi saknas varför all behandling är symtomatisk och stödjande. Initialt kan man inte förutsäga vilka patienter som kommer att utveckla en svår pankreatit.

På akutmottagningen när pankreatit misstänks

- Provtagning: Hb, B-Leukocyter, B-Trombocyter, CRP, P-Natrium, P-Kalium, P-Calcium, P-Kreatinin, P-Urea, Pt-eGFR, P-Albumin, P-Bilirubin, P-ALP, P-ALAT, amylas, P-glukos, PK.
- Intravenös vätsketillförsel (två PVK).
- Smärtlindring, ge morfin 5 - 10 mg subkutant. Upprepas vid behov.
- KAD, följ urinproduktion, ska vara 1 ml/h/kg kroppsvikt.
- Remiss för ultraljud-gallblåsa/gallvägar skrivs om patienten inte har gjort det innan, frågeställning gallsten?
- Om uttalat illamående sätts V-sond, se rutinen [Ventrikelsond \(V-sond\), SÄS](#).
- Patienten ska uppmanas att äta och dricka i den mån han/hon klarar av det. Glöm ej att patienten behöver vara fastande inför ultraljudundersökningen, se intern rutin [Förberedelser, samlingsdokument för ultraljudsundersökningar \(SÄS\) för radiologin](#).

På vårdavdelning

Akut pankreatit kräver fortlöpande värdering av klinisk status. En till synes mild pankreatit kan under de första dygnet snabbt försämrats. Vitalparametrar följs. Frikostig NEWS2-värdering, se rutinen [NEWS2 för vuxna patienter på SÄS](#). Vätsketerapi styrs av urinproduktionen.

- Kontroll av vitalparametrar enligt NEWS2, initialt x 4, oftare vid behov.
- Re-evaluering av läkare minst 2 gånger per dag.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig.

- Upprätthåll urinproduktion, 1 ml/h/kg kroppsvikt, genom vätsketerapi. Mängden vätska som patienten ska få är baserad på urinproduktionen.
- Om god urinproduktion och stabil klinisk status, trappas vätsketerapi ner.
- Var generös med smärtlindring. Om dåligt svar, ökad dos. **OBS!** Eventuell abstinens, darrningar hos patienter med alkoholutlöst pankreatit.
- Mobilisering så tidigt som möjligt.
- PEP-pip för andningsträning enligt patientinformationen [Andningsträning med PEP-pip på vårdavdelning](#).
- Vid försämring, svårt att smärtlindra, dålig urinproduktion, sjunkande POX trots syrgas, görs ny NEWS2-värdering samt kontakt med kirurgjouren och vid behov IVA-jouren.
- Avvakta med antibiotika, antibiotika ska sättas in enbart vid misstänkt/bekräftat infektion.
- Sätt in trombosprofylax (lågmolekylärt heparin exv. Fragmin 5000 E per dag), sätt ut Waran/NOAK i förkommande fall (Om operativ åtgärd eller invasiva undersökningar är planerade).
- Intag av mat och dryck per os så snart patienten klarar av det. Om patienten inte klarar av intag per os ska enteral nutrition alternativt parenteral nutrition ordineras.
- Om gallstas, laboratoriemässigt eller på UL, ska kirurgjouren under jourtid i första hand kontakta sin bakjour för diskussion om ERCP alternativt MRCP. Dagtid ska avdelningsläkare ta kontakt med ÖGI-kirurgen (övre gastrointestinal-kirurg) för diskussion.

Vid IVA-vård

Patienter med pankreatit som har organsvikt vid ankomst, och som försämras trots kontinuerlig och adekvat vätskebehandling, eller visar samtida tecken på hypovolemi och övervätskning, bör övervakas och behandlas på IVA efter samråd med IVA ansvarig läkare eller narkosjouren (jourtid).

- Stödjande av vitala funktioner handläggs av narkosläkare.
- Daglig provtagning Hb, B-Leukocyter, B-Trombocyter, CRP, P-Natrium, P-Kalium, P-Calcium, P-Kreatinin, P-Urea, Pt-eGFR, P-Albumin, P-Bilirubin, P-ALP, P-ALAT, P-glukos, PK och emellanåt proCalcitonin. Andra prover ska ordinerars av ansvarig läkare på IVA.
- Antibiotika vid sepsisbild, förhöjt proCalcitonin, CT-tecken på infekterade nekroser.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig.

- CT-buk med kontrast en gång per vecka.
- Enteral nutrition bör eftersträvas via nasogastrisk/nasoenterisk sond.
- Initialt konservativ, underhållande behandling. Kirurgisk intervention, i första hand transgastriskt dränage, ska helst inte utföras förrän efter de första 3-4 veckorna.
- Vaksamhet på akutisering med blödning eller tarmperforation, tillstånd som kan kräva kirurgi.
- Daglig avstämning mellan ansvarig IVA läkare och ansvarig kirurgläkare för utvärdering patientens tillstånd samt fortsatt behov av IVA vård.

Vid vårddtid på avdelning >1 vecka

- Värdera kliniken.
- Vid misstanke på abscess/nekrosutveckling görs CT-buk med kontrast.
- Nutritionsstatus.
- Vikt.
- Informera om långdraget förlopp, behov av längre tids sjukskrivning?

Fortsatt handläggning

Gallstenspankreatit (=förekomst av gallsten på UL):

- Operabla patienter med mild pankreatit: snar kolecystektomi, helst inom ramen för det primära vårdtillfället, eller prio 1 till operation.
- Operabla patienter med medelsvår/svår pankreatit: kolecystektomi efter utläkt pankreatit, överväg profylaktisk ERCP under vårddtiden.
- Äldre patienter med högre operationsrisk: diskutera med ÖGI-kirurg.
- Alla patienter med pankreatit: uppföljning med CT-buk om en månad för att utesluta malignitet och eventuell cystutveckling, följt av återbesök till ÖGI-kirurg.
- Lämna informationen [Inflammation i bukspottkörteln](#) till patienten.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Omar Al Mukhtar, överläkare, VO kirurgi, ortopedi och öron näsa hals, SÄS

Remissinstanser

Verksamhetschefer, SÄS

Fastställt av

Jerker Nilson, chefläkare, SÄS

Nyckelord

Bukspottkörtelinflammation, gallblåseoperation, gallvägar, röntgenundersökningar, matsmältningssystemet, buksmärta, smärtlindring, farmaceutiska preparat, antibiotika, ultraljud, datortomografi, bukvätska, bukabscess, laboratorieprover, tumörutredning, omvårdnad, kirurgi, endokrinologi, övre gastroenterologisk kirurgi, pankreatit, pancreatit, pankreas, pancreas

Länkförteckning

- Marshallskalan. MSD, Merck & Co., Inc. 2025
www.msdmanuals.com/professional/multimedia/table/modified-marshall-organ-failure-score
- Ventrikelsond (V-sond), SÄS. Sjukhusövergripande rutin, SÄS
<https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/styrdokument>
- Förberedelser, samlingsdokument för ultraljudsundersökningar (SÄS) för radiologin. Intern rutin för radiologin, SÄS
<https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/styrdokument>
- NEWS2 för vuxna patienter på SÄS. Sjukhusövergripande rutin, SÄS
<https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/styrdokument>
- Andningsträning med PEP-pip på vårdavdelning. Patientinformation upprättad av centrala arbets- och fysioterapin, SÄS
<https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/styrdokument>
- Inflammation i bukspottkörteln. Patientinformation publicerad på 1177.se
www.1177.se/Vastra-Gotaland/sjukdomar--besvar/mage-och-tarm/lever-galla-och-bukspottkortel/inflammation-i-bukspottkorteln

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Omar Al Mukhtar, (omaal1), Överläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jern1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-756

Version: 1.0

Giltig från: 2025-03-19

Giltig till: 2027-03-19