

Gastrointestinal (GI) blödning - Akut handläggning vid misstänkt pågående blödning utan cirkulatorisk påverkan

Sammanfattning

Riktlinjen beskriver riskfaktorer, symtom, utredning, behandling och handläggning av patienter med misstänkt gastrointestinal (GI)-blödning som kräver åtgärd inom 24 timmar, med hänsyn tagen till var och när på dygnet och veckan patient med denna diagnos påträffas.

Förändringar sedan föregående version

Redaktionella ändringar, giltighetstiden förlängd.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Förändringar sedan föregående version.....	1
Förutsättningar	2
Riskfaktorer	2
Symtom.....	2
Genomförande	2
Patient på akutmottagningen	2
Utredning.....	2
Behandling.....	3
Cirkulation	3
Nutrition	3
Remiss till endoskopienheten S21/Raka spåret	4
Dagtid på akutmottagningen (måndag – torsdag till kl 15:00, fredag till kl 11:00)	4
Kvällstid på akutmottagningen (måndag – torsdag från kl 15:00 till kl 06:00)	4
Helgtid på akutmottagningen (fredag från kl 11:00 till måndag kl 06:00)	4

Patient på vårdenhet.....	5
Inför hemgång	5
Dokumentinformation.....	6
Referens- och länkförteckning.....	6

Förutsättningar

Riktlinjen gäller patienter med akut GI-blödning som behöver snabb (inom 24 timmar) men inte omedelbar åtgärd, så kallade 24-timmars patienter. I väntan på gastroskopi läggs patienten vanligtvis in på vårdavdelning.

Riskfaktorer

- Känd leversjukdom, esofagusvaricer, se riktlinje [Varicer i esofagus och ventrikel - handläggning och behandling](#) [1].
- Antikoagulantibehandling.
- Stress (t.ex. vid samtidig svår sjukdom, trauma).
- Tidigare ulcussjukdom.

Symtom

- Hematemes (kaffesump eller blodig kräkning).
- Melena (svart avföring).
- Hematochezi (röd blodig avföring).
- Lågt Hb, blekhet.
- Takykardi (**OBS!** Kan maskeras av betablockare).

Genomförande

Patient på akutmottagningen

Akutläkaren ska alltid kontakta kirurgkonsult, ank **2600**, som ska bedöma om patienten är en 24-timmarspatient. Kirurgkonsulten ordinerar läkemedel i samråd med akutläkaren.

Utredning

- Initialt tas: H1, P4, CRP, Blgr, bastest, PK och APTT.
- F-Hb enligt ordination.
- Ventrikelsond efter ordination (observera färg vilket avgör handläggning).
- Rektoskopi/proktoskopi vid melena eller hematochezi.
- Gastroskopi; för remiss till endoskopienheten S21, se rubrik [Remiss till endoskopienheten S21/Raka spåret](#).
Gastroskopisvaret finns sedan i E-arkiv i Melior.

- Om gastroskopin är normal, eller om fynden vid gastroskopin ej anses förklara patientens blödning, ska planeras för fortsatt gastrointestinal utredning, i första hand koloskopi. Kapselendoskopi (utredning av blödning i tunntarm) kan bli aktuell efter detta.

Behandling

- Protonpumpshämmande (PPI) behandling sätts in initialt. För peroral behandling se regional medicinsk riktlinje [PPI behandling med protonpumpshämmare](#) [2]. Vid misstänkt blödande ulcus ges intravenös behandling, esomeprazol 40 mg x 2 i tre dagar [2].
- Vid misstänkt blödande ulcus ges intravenös behandling, 40 mg x 2 i tre dagar.
- Hos patient med känd levercirrhos SKA behandling mot blödande varicer inledas direkt på akutmottagningen - skopi ska ej inväntas. Se riktlinje [Varicer i esofagus och ventrikel - handläggning och behandling](#) [1].
- Behandling (reversering) av högt PK enligt ordination), se riktlinje [Antikoagulantia och/eller trombocythämmare vid akut/halvakut kirurgi inom 24 timmar](#) [3]. Kontakta kardiologkonsult/kardiologjour eller koagulationsjour SU vid behov.
- Om patienten står på trombocyttaggregationshämmare ska utsättning övervägas. Kontakta kardiologkonsult alternativt koagulationsjour vid SU, vid behov.
- 30 minuter innan gastroskopi kan 250 mg erytromycin ges intravenöst (tömmer magsäcken).

Cirkulation

- Fri venväg (helst grön pvk, gärna flera infarter vid cirkulatoriskt påverkad patient).
- Följ puls, blodtryck och saturation (syrgas efter ordination).
- Vid riskpatient görs MIG-bedömning vid ankomst från akutmottagningen och därefter vid behov, se riktlinje [Mobil intensivvårdsgrupp \(MIG\) för vuxna patienter vid SÄS](#) [4].

Nutrition

- Initial fasta och vätskebehandling. Därefter mat och dryck efter ordination.
- Observation av kräkning och innehåll i v-sond (mängd, färg).

- Observation av avföring (mängd, färg, konsistens, melena, hematochezi). Dokumenteras i mätvärden och uppdaterat status.

Remiss till endoskopienheten S21/Raka spåret

Beroende på när patienten inkommer till sjukhuset sker handläggning enligt nedan:

Dagtid på akutmottagningen (måndag – torsdag till kl 15:00, fredag till kl 11:00)

- Remiss ska skrivas av handläggande läkare på akuten som dikterar och prioriterar diktatet. Det ska tydligt framgå på remissen om det är en 24-timmarspatient, d.v.s. markera ”AKUT inom 24 timmar!” på remissen, samt även vilken kirurgkonsult man varit i kontakt med.
- AKUT-märk alltid remissdiktatet, d.v.s. RÖD FLAGGA för sekreterare, för att remissen ska komma iväg och skrivas omedelbart.
- Remissen ska faxas till endoskopienheten av sekreterare på akuten som skriver ut ett kvitto på faxen som bekräftelse. I Melior görs en administrativ anteckning av sekreterare när remissen är faxad.
- Patientansvarig sköterska (PAS) på akuten kontrollerar att remiss är faxad innan patienten lämnar akuten.

Kvällstid på akutmottagningen (måndag – torsdag från kl 15:00 till kl 06:00)

- Anmälan i Orbit för gastroskopi på operation 1 görs av kirurgens primärjour, ank **2600**, (d.v.s. ingen remiss till endoskopienheten).
- Om det dagen därpå finns anmälda gastrokopier på operation 1, som ännu inte blivit utförda, ansvarar avdelningsläkare för att en remiss skrivs till endoskopienheten.

Helgtid på akutmottagningen (fredag från kl 11:00 till måndag kl 06:00)

- Anmälan i Orbit för gastroskopi på operation 1 görs av akutjour efter kontakt med kirurgens primärjour (d.v.s. ingen remiss till endoskopienheten).
- Om det på måndag morgon finns anmälda gastrokopier på operation 1 som ännu inte blivit utförda, ansvarar avdelningsläkare för att remiss skrivs till endoskopienheten.

Patient på vårdenhet

Dagtid (måndag – torsdag till kl: 15:00, fredag till kl 11:00)

- Vid känd leversjukdom, eller annan kronisk tarmsjukdom som kan ge upphov till GI-blödning, tas kontakt med gastroenterologkonsult.
- Remiss till endoskopienheten dikteras, RÖD FLAGGA, och sekreterare skriver och faxar, skriver på datum och klockslag för faxning.
- I förekommande fall görs läkemedelsordination i samråd med gastroenterologkonsult.

Kvällstid (måndag – torsdag från kl 15:00 till kl 06:00)

- Kontakt med kirurgens primärjour som ordinerar läkemedel, provtagning och gör anmälan i Orbit.
- Om det dagen därpå finns anmälda gastroskopier på operation 1 som ännu inte blivit utförda, ansvarar avdelningsläkare för att en remiss skrivs till endoskopienheten.

Helgtid (fredag från kl 11:00 till måndag kl 06:00)

- Kontakt med kirurgens primärjour som ordinerar läkemedel, provtagning och gör anmälan i Orbit.
- Överrapportering till kirurgjour för icke utförda gastroskopier på endoskopienheten
- Om det finns anmälda gastroskopier på endoskopienheten som ännu inte blivit utförda då endoskopienhetens dagpass är slut, ansvarar denna för att kirurgens primärjour blir kontaktad. Denne ska då överväga att göra en anmälan i Orbit för gastroskopi på operation 1.

Inför hemgång

- Om positivt CLO-test eller ulcus duodeni får patient recept på HP-eradikering (behandling av helicobacter pylori med antibiotika) vid hemgång. Se regional medicinsk riktlinje [PPI, behandling med protonpumpshämmare](#) [2].
- Kontroll-gastroskopi efter ordination, kallelse skickas hem.
- Om ulcus ej påvisats och patienten är cirkulatoriskt stabil kan koloskopi göras polikliniskt. Observera att patient ska vara i skick att kunna laxera hemma inför undersökning. Annars planeras inläggning via planeringsmottagningen.
- Uppföljning av Hb enligt ordination.
- Kontakt med AK-mottagningen inför hemgång för patienter med antikoagulationsbehandling. Kirurgläkare avgör hur långt

uppehåll av antikoagulantia som ska göras. Ge information till patienten. Vid behandling med annan trombocyttaggregationshämmare än lågdos ASA, kontakta ansvarig läkare för diskussion om återinsättning.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Jorge Arroyo Vázquez, överläkare, VO kirurgi ortopedi öron-näsahals/kirurgi, SÄS

Anders Lasson, överläkare, VO medicin, SÄS

Remissinstanser

Verksamhetschefer, SÄS

Fastställt av

Jerker Nilson, chefläkare, SÄS

Nyckelord

akut gastrointestinal blödning, GI-blödning, blödning, kvällstid, helgtid, jourtid, överrapportering, blödning i mag-tarmkanalen, riskfaktorer, symtom, utredning, behandling, cirkulation, nutrition, elimination, hemgång, esofagusvaricer, blödande esofagusvaricer

Referens- och länkförteckning

1. Varicer i esofagus och ventrikel - handläggning och behandling. Nationella riktlinjer framtagna av Svensk Gastroenterologisk Förening 2016.
<https://svenskgastroenterologi.se/kunskap/varicer-i-esofagus-och-ventrikel-2016>
2. PPI, behandling med protonpumpshämmare. Regional medicinsk riktlinje. Västra Götalandsregionen.
www.vgregion.se/halsa-och-var/vardgivarwebben/vardriktlinjer/medicinska-och-varadministrativa-riktlinjer/styrande-dokument-inom-halso--och-sjukvard/amnesomraden/lakemedel
3. Antikoagulantia och/eller trombocythämmare vid akut/halvakut kirurgi inom 24 timmar. Sjukhusövergripande riktlinje, SÄS.
<https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/styrdokument>
4. Mobil intensivvårdsgrupp (MIG) för vuxna patienter vid SÄS. Sjukhusövergripande riktlinje, SÄS
<https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/styrdokument>

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Anders Lasson, (andla1), Överläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jern1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-83

Version: 5.0

Giltig från: 2025-04-15

Giltig till: 2027-04-15