

Senast reviderat: 2024-06-03

Dokumentet gäller för: Verksamhet medicin och akutsjukvård Mölndal

Innehållsansvarig: Maria Benito de Valle Villalba, överläkare

Levercirros, PM för sjuksköterskor

Patienter med levercirros som följs på Medicinmottagningen kan vara asymtomatiska (dvs kompenserade) eller ha utvecklat komplikationer sekundära till portalhypertension (dekompenierade). De blodprover som avspeglar leverfunktion är bilirubin, PK, albumin. De patienter som behöver uppföljning hos leversköterska är de som har utvecklat dekomensation. För patienter med dekompenierad levercirros är medianöverlevnad 50% inom 5 år.

Kontroller: vikt (ev. dietistkontakt?), blodtryck, puls, underbensödem?, ascites?, ecefalopatisymtom?

SOCIALT

- Alla patienter som vårdas pga. dekompenierad alkohollevercirros ska remitteras till Nordhemskliniken.
- Viktigt att dokumentera objektivt i journalsystemet om pågående missbruk. Inför levertransplantationsutredning krävs det formellt objektiv dokumentation om alkoholavhållsamhet.
- För patienter som har tackat nej till Nordhemskliniken: B-peth var 3:e månad.
- Drogmisbruk: bör skötas på specifika beroende kliniker.
- Patienter ska uppmanas att gå regelbundet på Nordhemskliniken.

ASCITES

- Uppföljning av vikt, elstatus samt U-Na/K
- Vid felvänt U-NA/K dvs under 1 (Natrium skall vara högre än kalium i urinen) ökas dosen av Spironolakton.
- Sarkopeni (låg muskelmassa) är vanligt hos cirrotiker. Stigande kreatinin: reagera om kreatinin stiger >30 mikromol/l eller >50% jämfört med senaste kreatininvärde.
- Diuretika: förstahandsval är Spironolakton, som kan leda till hyperkalemi. Furix: indikation för att motverka hyperkalemi och underbensödem.
- Vid hyper eller hypokalemi dosjusteringar av Spironolakton, Furix. Ändringen görs av läkare, kom gärna med förslag vid rond med gastropol läkare.
- Kontrollera alltid patientens dos av aktuella läkemedel, samt compliance.
- Indikation för ascitestappning:
 - Första gången (ascitesdebut)
 - Spänd ascites
 - Andfåddhet

- Försämrad leverfunktion utan klar orsak: screena för spontan bakteriell peritonit (SBP)
- SBP: LPK i ascites med neutrofila >0,25. Odling i ascites. Se PM ascitestappning.
- Refraktär ascites
 - Upprepade tappningar med kort intervall (2–3 veckor i mellan)
 - Tål inte högre doser diuretika. (tex pga. njursvikt eller yrsel mm)
 - Viktigt med dietistkontakt
 - Hur länge skall vi fortsätta tappa? TIPSS? Läkardiskussion (med PAL)

ESOFAGUSVARICER

- Nyupptäckta esofagusvaricer: följ nedan schema vid insättning och upptitrering av Carvedilol

Besök 1 (Dag 0):

- SSK kontrollerar inför nyinsättning: EKG, puls, och blodtryck, Saturation (viktigt att flagga om patienten har KOL, Astma) innan läkarordination av Carvedilol.
- SSK ansvarar för att dosen ökas enligt följande upptrappningsschema:
 - Startdos: Tablett 6,25 mg 0,5x2 (dvs 3,125 mg x2)
 - Pulsen ska under behandlingen inte understiga 55 slag/min och BT ska inte understiga 90 mmHg (OBS: vi kommer inte att följa pulsen som behandlingsmål!)

Besök 2 (Efter 3-7 dagar räknat från dag 0):

- Kontrollera om pat: upplever några biverkningar (trötthet, dyspné, illamående, förstoppning, erektil dysfunktion), puls < 55slag/min och BT >90 mmHg samt compliance till behandlingen.
- Efter läkarbedömning dosökning göras: Tablett 6,25 mg 1x2

Besök 3 (Efter 14-21 dagar från dag 0):

- Kontrollera om patienten upplever några biverkningar och att pulsen inte är under 55slag/min och BT >90 mmHg samt compliance till behandlingen.
- Om inga biverkningar kan patienten fortsätta tills vidare med behandling.
- OBS: om patienten har hypertoni och fortfarande har högt blodtrycket efter 12,5 mg Carvedilol behandling, kan man gå till max dosering av : Tablett 6,25 mg 2x2 eller lägga till annan hypertoniemedicinering.

- Endoskopisk uppföljning: Hur ser planeringen ut? Väntar patienten ytterligare gastrokopier i närtid?

LEVERENCEFALOPATI

Försämrad hjärnfunktion på grund av ansamling av skadliga ämnen i blodet.

- Klinisk diagnos: svår portalhypertension, koagulopati (PK>1,6). Förvirring, personlighetsförändringar, parkinsonistiska symtom? Beskriv patientens beteende, uttryck, etc.
- Provtagning: ammoniumjon. Provet skall läggas i is. Undvik stas.
- Subklinisk leverencefalopati:
 - Enkel test: animal naming test: be patienten nämna olika djurarter inom en minut
 - >15 djur ingen encefalopati
 - Om testet är patologisk vidare utredning med 2 psykometriska tester.
- Checklistan av orsaker till encefalopati episod:
 - Complianceproblematik till laxering
 - Infektion? Oftast ingen feber, symtomfria. Vid klinisk försämring kan sköterska ta CRP, LPK, leverstatus, elstatus. Man ska screena för infektion: SBP, UVI, pneumoni?
 - Förstoppning
 - Gastrointestinal blödning: framför allt från esofagusvaricer
 - Toxisk: intag av sömnmedel, opioider, alkohol, droger? Vid oklar orsak föreslås: B-peth, salivtest, urinintox test?
 - Elektrolytrubbningar, njursvikt
 - Njursvikt
 - Hepatocellulär cancer
- Behandling:
 - Laktulos: doseringen är individuellt. Målet 1-2 halvfasta avföringar/dag. Startdos 30mlx2/dag?
 - Vid overt encefalopati kan dosen ökas till 30ml varannan timma tills man kommer till målet. Överdoseringen kan leda till dehydrering, njursvikt, leverencefalopati
 - Leta efter utlösande faktorer
 - Rifaximin: indikation två svåra episoder med leverencefalopati.

SARKOPENI

- Patienter med levercirrhos är katabola, förlorar avsevärt mycket muskelmassa
- Dokumentera fysisk aktivitet
- Remiss till sjukgymnast i primärvården?

NUTRITION

- Aktuellt BMI. Bör räknas med torr vikt (utan ascites)
- Remiss till Dietist, vilka patienter?

ULTRALJUD LEVER

- Cirrotiker löper en livslång ökad risk för att utveckla levercancer.
- Patienter som är aktuella för HCC surveillance genomgår ultraljud lever var 6:e månad. När var senaste ultraljudskontroll? Har läkare missat att skriva remissen?