Gäller för: Verksamhet Medicin barn, Verksamhet Kirurgi barn
Innehållsansvar: Sarah Tornberg, (sarka9), Sektionschef
Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad
Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-10-08
Giltig till: 2028-09-29

Akuta buksmärtor

Revideringar i denna version

Ändringar under rubrik Appendicit och Invagination. Erik Axman ny innehållsgranskare.

Innehåll

Akuta buksmärtor 1
Revideringar i denna version 1
Bakgrund och syfte 2
Anamnes 2
Fråga efter hur och när symtomen började och hur de har utvecklats. 2
Smärtanamnes: 3
Övrigt: 3
Status: 3
Diagnoser vid buksmärta 4
Infektioner: 4
Passagehinder: 4
Urologiska åkommor: 4
Gynekologiska åkommor: 4
Annat: 4
Vanliga orsaker till buksmärta 5
Förstoppning: 5
Appendicit: 5
Körtelbuk: 5
Invagination: 6
Ileus: 6

Ovarialtorsion:.....6
Inflammatorisk tarmsjukdom:.....7
Födoämnesallergi:.....7
Meckels divertikel:.....7
Undersökningar/prover:.....7
Bedömning:.....8
Vanliga orsaker till buksmärta i olika åldrar:.....9
Barn 0-1 år:.....9
Barn 1-5 år:.....9
Barn 5-16:.....9
Ansvar.....9
Uppföljning, utvärdering och revision.....10
Relaterad information.....10
Granskare.....10

Bakgrund och syfte

Akuta buksmärtor hos barn kan vara svårbedömda. Många barn söker med dessa symtom och det gäller att kunna sortera ut de som har akut kirurgisk åkomma eller en sjukdom som måste diagnostiseras och behandlas. Därför krävs en noggrann anamnes och klinisk undersökning och utifrån detta en relevant utredning.

Då ett barn kommer **andra och inte minst tredje gången för sin buksmärta** skall underläkare och ST-läkare diskutera fallet med specialist alternativt bakjour för vidare handläggning.

Anamnes

Fråga efter hur och när symtomen började och hur de har utvecklats.

- Allmänpåverkad? (Inte varit sig lik) Slö? Nedsatt aptit? Törstig?
- Feber?
- Luftvägssymtom?
- Kräkningar?
- När hade barnet avföring senast?
- Diarréer? Hård avföring?

- Blod och/eller slem i avföringen**?**
- Symtom vid vattenkastning?
- Viktnedgång?

Smärtanamnes:

- Har patienten haft buksmärtor tidigare och sökt vård för detta?
- Hur och när började smärtorna?
- Kommer smärtorna i attacker? Regelbunden intervall?
- Fria intervall? Relation till födointag?
- Molande? Konstanta?
- Har smärtintensiteten förändrats?
- Smärtvandring?
- Gör det ont när barnet går och rör på sig?
- Har smärtan påverkat nattsömnen?

Övrigt:

- Har patienten opererats i buken tidigare?
- Har barnet nyligen vårdats för appendicit eller för annan infektion eller inflammation i buken.
- Har trauma orsakat smärtan? Se PM Buktrauma.

Status:

- AT? Temp?
- Mun och svalg.
- Öron.
- Lungor: Snabb andningsfrekvens? Ansträngd andning? Nedsatt andningsljud?
- Hjärta.
- Bukpalpation: Tarmljud? Var palperas smärtan? Indirekt smärta? Släppömhet? Uppdriven buk? Lokalt ”Peritonitstatus” (muskelförsvar)? Generell peritonitstatus? (starkt muskelförsvar)?
  OBS! Peritonitstatus kan vara diskret på mindre barn som har mindre muskelmassa.
  Dunköm över njurloger? Ensidig peritonit kan tala för retroperitonal retning ex. från njuren.
- Yttre genitalia: bråckportar, känna på testiklarna (fr.a. spädbarn)
- Hud: utslag?
- Rektalpalpation, fekalier i ampullen och ev. blod? Skall göras försiktigt med mycket glidslem och bör göras då man misstänker förstoppning.

Diagnoser vid buksmärta

Infektioner:

- Appendicit
- Körtelbuk (adenovirus, Yersinia)
- Gastroenterit
- Pneumoni, pleurit (tackypné, indragningar)
- Gastroenterit
- Urinvägsinfektion
- Meckels Divertikel

Passagehinder:

- Obstipation/förstoppning
- Invagination
- Ileus
- Pylorusstenos (se särskilt PM)
- Inklämt bråck
- Missbildningar (Meckels Divertikel, malrotation)

Urologiska åkommor:

- Missbildningar (Fr.a. hydronefros)
- Njursten
- Testistorsion

Gynekologiska åkommor:

- Brusten ovarial cysta
- Ovarialtorsion
- Hematokolpos
- Salpingit

Annat:

- Födoämnesallergi
- Gallsjukdom, pankreassjukdom
- Ulcus, gastrit
- Trauma
- Tumörer
- Inflammatorisk tarmsjukdom
- Henoch-Schönleins purpura
- Psykogena buksmärtor.

Vanliga orsaker till buksmärta

Förstoppning:

- Vanligaste orsak till buksmärta hos barn
- Smärtan kommer ofta i attacker, kan vara väldigt intensiva, kommer ofta oregelbundet, inte sällan relaterat till måltid.
- Opåverkad mellan attackerna.
- Ofta ett gott AT, men kan ibland vara bleka tagna av smärtan.
- Mjuk, gasig buk, men ofta oöm vid palpation. Är sigmoideum palpabel i vänster fossa?
- Ev. avföring i ampullen
- Ge Klyx.
- Ev BÖS (vid återkommande besvär).
- Fundera över orsaken till förstoppningen.
- Se PM Obstipation i öppen vård.

Appendicit:

- Feber (37,5- 38,5), men inte alltid.
- Kräkning (vanligt), fr.a. initialt i sjukdomsförloppet.
- Rörelsesmärta.
- Palpationssmärta hö fossa.
- Släppömhet, muskelförsvar.
- Kan ha förhöjda infektionsparametrar.
- Lab; LPK, neutrofila, CRP, urinprov.
- Utredning med UL eller DT (vid överviktig patient, vid misstänkt abscess).
- Diagnostisk laparaskopi, vid tveksamheter, särskilt på flickor.
- Se PM Appendicit.

Körtelbuk:

- Ofta feber inte sällan hög.
- Ibland ÖLI-symtom.
- Ofta buksmärta i samband med födointag.
- Smärtan släpper vid tarmvila.
- Diffust öm men mjuk buk vid palpation ofta mer öm hö fossa.
- Infektionsparametrar ofta normala men kan vara förhöjda.
- Lab: CRP, LPK, neutr. urinprov.
- Ev UL.

Invagination:

- Vanligast ålder 3 mån -4 år.
- Smärtan börjar ofta plötsligt, ofta 15-20 min intervaller, blir sedan kontinuerlig. Invagination kan vara intermittent med intervallsmärta ett till flera dygn innan patienten söker.
- Successivt försämrat AT, kräkning, blod och slem i avföringen är sena tecken på invagination.
- Invagination kan vara svårdiagnosticerat och patienten kan hamna både på medicin och kirurgkliniken. Viktig diffdiagnos till tex gastroenterit. Ansvarig läkare ska vid misstanke om invagination beställa akut ULJ buk oavsett tid på dygnet och om jourtid kontakta rtg-jour då remiss skrivs.
- Utredning: Akut UL-buk m frågeställning invagination + rtg BÖS med frågeställning ileus, fri gas?
- Pat ska ha PVK, iv vätska och smärtlindring. Svält.
- Vid invagination på UL beställ colon-röntgen med vattenlöslig kontrast vilket oftast reponerar invaginatet. Om detta inte lyckas ska patienten opereras akut.
- Efter reposition ges ursköljningslavemang dagen efter och patienten observeras på avdelning ca 1 dygn, då reinvagination förekommer.
- Invagination kan vara intermittent med intervallsmärta ett till flera dygn innan patienten söker men det kan också ha varit av relativt kort duration. Se nedan Bedömning.

Ileus:

- Intervallsmärtor
- Kräkningar
- Ökade retentioner på spädbarn.
- Successivt försämrat Allmäntillstånd.
- Uppspänd buk, öm buk.
- Lite, ibland klingande eller inga tarmljud.
- Tidigare laparotomi (brid, adherans)
- Kan vara orsakat av t.ex malrotation, Meckels divertikel mm
- Behandlats för perforerad appendicit? Se nedan bedömning

Ovarialtorsion:

- Plötsligt påkommande intensiv smärta.
- Lågt sittande smärta höger eller vänster fossa.

Inflammatorisk tarmsjukdom:

- Har ofta haft buksmärtor tidigare.
- Vanligt med diareér, ibland blodiga.
- Ev. viktnedgång.
- Ev. anemi.
- Prover: El-status, blodstatus, Astrup, avföringsodlingar.

Födoämnesallergi:

- Långdragna buksmärtor.
- Dålig viktuppgång.
- Diareér, ibland med blod (inte alltid diareér).
- OBS! Kostanamnes.

Meckels divertikel:

- Eventuellt feber.
- Ofta haft buksmärta tidigare.
- Palpationsöm, vanligt vid hö fossa.
- Blödning och slem från rektum vanligt.
- Lågt Hb vanligt.
- Utredning: Skintigrafi.
- Kan även vara orsak till ileus.

Undersökningar/prover:

- Temp och vikt.
- Urinsticka.
- Vid feber och eller misstanke om appendicit tas: CRP, LPK, neutrofila.
- Vid allmänpåverkad patient: el-status, kreatinin, leverprover, Hb, LPK, TPK, CRP, amylas, laktat, blodgas, blodgruppering, bas-test skall alltid tas inför laparoskopi.
- Vid blödning: Hb, LPK, TPK, PK, blodgruppering och bas-test
- Buköversikt BÖS: intervallsmärtor där förstoppning uteslutits, ev. vid kraftig förstoppning spänd uppdriven buk. Skall alltid göras vid misstanke om tarmhinder.
- UL-buk: vid oklar buk! Appendicit? Ovarialtorsion? Hinder i urinvägarna? Pylorusstenos? Invagination? vid osäkert resultat vid UL med frågeställning invagination görs colon-rtg. Gallvägsproblem?
- DT-buk: vid oklar buksmärta då patienten är överviktig, eftersom ultraljud inte fungerar lika bra. Vid misstanke om inre

organskada, abscess, samt eventuellt vid misstanke och ovarialtorsion. Vid misstänkt buktumör.

- Colon-rtg: Vid invagination, definitivt om UL ger misstanke om invagination men får övervägas då ultraljud är negativt och det finns inslag av intervallsmärta i anamnesen.
- Passage-rtg: Vid misstänkt passagehinder och BÖS talar för passagehinder. Vid ökade retentioner på spädbarn. Frågan om malrotation måste preciseras när anamnes talande för högt hinder.
- Skintigrafi: Kan övervägas vid misstanke om Meckels divertikel
- Diagnostisk laparaskopi, vid tveksamheter. Speciellt hos flickor!

Bedömning:

- Appendicit**:** Stark misstanke vid ömhet och muskelförsvar i hö fossa Vid klar misstanke, op-anmäl patienten. Om osäkert om appendicit, UL-buk eller ev. DT. Se PM Appendicit.
- Vid oklara buksmärtor läggs in för observation: svält, temp x 2, ny bedömning om ca 3 tim. ordinera ev. lab-prover och kontroller.
- Vid organskada: se PM Buktrauma.
- Vid misstanke om ileus: patienten skall omgående få iv vätska.(Ringeracetat), ordinera prover: Hb, LPK, TPK, el-status, leverstatus, blodgruppering, bas-test, BÖS skall göras akut, om jourhavande inte är specialist diskutera patienten med specialist eller bakjour för klarhet i om vidare handläggning, anmälan till operation eller ev. pasage-rtg.
- Vid misstanke om invagination: regelbunden tillsyn, ordinera vätska inför colon-rtg och smärtlindrande (morfin) och ofta behövs lugnande i samband med undersökningen, men det ges i samråd med rtg-läkare som utför undersökningen. Ofta görs UL först för att få klarhet om invagination föreligger.
- Vid oklara diareér skall facesodlingar tas avseende för bakterier och virus.
- Vid vätskeförlust är en bra regel att rehydrera patienten med 12,5 ml/ kg/ timme isoton lösning ex. Ringeracetat och att denna lösning ges på ca fyra timmar. Detta förutsätter att barnet inte har njur eller hjärtsjukdom. Vid mycket kräkningar ges NaCl. Vid pylorusstenos ges vätska enligt PM för denna diagnos.
- Om patienten **sökt flera gånger på grund av buksmärtan diskutera med specialist kirurgi eller bakjour kirurgi angående handläggning** av patienten. Se till att patienten får ett återbesök, kan många gånger följas upp på barnmedicinsk mottagning.

- **Utnyttja diagnostisk laparoskopi vid oklar buk, särskilt pre- och puberterade flickor!**

Vanliga orsaker till buksmärta i olika åldrar:

Barn 0-1 år:

- Viros.
- Obstipation.
- Komjölkallergi.
- Invagination.
- Inklämt ljumskbråck.
- Pylorusstenos (kräkningar, viktnedgång).
- Neonatal mekanisk ileus.
- NEC, Nekrotiserande entro-kolit (fr.a. för tidigt födda barn).
- Tarmmissbildning.

Barn 1-5 år:

- Obstipation.
- Viros, pneumoni.
- Invagination (0-3 år).
- Körtelbuk.
- Appendicit.
- Meckels divertikel.
- Ileus.

Barn 5-16:

- Obstipation.
- Viros/ körtelbuk.
- Appendicit.
- Meckels divertikel.
- Ileus.
- Ovarialtorsion/ testistorsion.

Ansvar

Gäller för all personal inom verksamheterna Kirurgi barn och Medicin barn på Drottning Silvias barnsjukhus, Område 1/SU. Ansvar för spridning och implementering har verksamhetschef som även ansvarar för att rutinen följer gällande författningar/lagar.

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning och utvärdering av innehållet i rutinen. Innehållsansvarig ansvarar för revision av rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Relaterad information

- Kompendium i Barnkirurgi och Ortopedi, B Frenckner & G Hirsch.
- Akut buk hos barn, Läkartidningen 46/2014.
- Grottes barnkirurgi och barnurologi, Rolf Christofferson, Göran Läckgren, Arne Stenberg

Granskare

Erik Axman, specialistläkare, verksamhet Kirurgi barn, Drottning Silvias barnsjukhus, Område 1/SU, innehållsgranskare

Sarah Tornberg, Överläkare, verksamhet Kirurgi barn, Drottning Silvias barnsjukhus, Område 1/SU, innehållsansvarig

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Medicin barn, Verksamhet Kirurgi barn

Innehållsansvar: Sarah Tornberg, (sarka9), Sektionschef

Granskad av: Erik Axman, (eriax1), Specialistläkare, ST, Sarah Tornberg, (sarka9), Sektionschef

Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9774-1570060579-336

Version: 19.0

Giltig från: 2026-10-08

Giltig till: 2028-09-29