

Gäller för: Verksamhet AnOplva neonatal barn
Innehållsansvar: Ola Ingemansson, (olain), Överläkare
Godkänd av: Angela Hanson, (angha), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-01-08

Giltig till: 2028-01-08

Ulcus- och refluxprofylax på BIVA

Förändringar sedan föregående version

Tydliggörande av riskfaktorer och vikten av individuell bedömning av patientens behov av syrasekretionshämmande behandling.

Bakgrund och syfte

Stressrelaterat ulcus och övre GI blödning (UGIB) är en vanlig komplikation hos sjuka barn på intensivvårdsavdelning (IVA) som kan bidra till ökad mortalitet och morbiditet, samt förlänga IVA vård. Vissa studier har visat att upp till 50% av barn utvecklar UGIB under ett IVA förlopp, ungefär 5% av dem får kliniskt signifikant blödning. Det finns evidens för att syrasekretionshämmande behandling kan minska kliniskt signifikanta blödningar hos barn med hög risk för UGIB. Dock finns ökad risk för till exempel *C. difficile* infektion och pneumoni med syrasekretionshämmande behandling och det är därför inte rekommenderat att behandla alla intensivvårdade barn med protonpumpshämmare (PPI). Stressreduktion genom adekvat smärtlindring och sedation efter behov samt god omvårdnad är av stor vikt och ska tillgodoses för alla patienter. Enteral nutrition till ventrikeln har stor betydelse för att upprätthålla en normal slemhinna även om det inte har visats skydda mot stress-ulcus.

Därutöver måste varje patient bedömas utifrån individuell risk för UGIB

Syftet med rutinen är att minska risken för uppkomst av ulcus- och refluxproblematik hos barn under intensivvård och undvika komplikationer till överbehandling med PPI. Rutinen gäller inte patienter med verifierat ulcus i ventrikel/duodenum eller UGIB

Utförande

Indikation för Ulcusprofylax

3 huvudriskfaktorer har identifierats för ulcus hos IVA-vårdade barn:

- Ventilatorbehandling >48h
- Koagulopati, dvs TPK <100 eller PK >1,4
- Multiorgansvikt

Flera mindre riskfaktorer har även identifierats:

- Njursvikt
- Leversvikt
- Sepsis
- Multitrauma
- Behandling med kortison eller NSAID/ASA.

Alla barn som har minst 2 huvudriskfaktorer eller 1 huvudriskfaktor och minst 2 mindre riskfaktorer bör erhålla profylax med PPI. För andra barn gäller individuell bedömning.

Profylax

PPI, esomeprazol (Nexium®) iv inj. vätska 8 mg/ml: 0,5 mg/kg x 2. Dosjustering kan behövas.

Bröstmjök 1-2 ml x 4-8 är ett alternativ till ammande barn

I samband med transplantation ges ulcusprofylax enl särskilda ordinationer, se separata rutiner.

Behandlingskontroll

pH behöver inte kontrolleras regelmässigt hos alla barn utan kan användas när man misstänker UGIB trots profylax.

Behandlingslängd

Esomeprazol kan sättas ut när patienten har etablerad enteral nutrition och inte längre har de riskfaktorer som utgjorde indikationen, förutsatt att ingen annan sjukdom som medför stor risk för magblödning finns och att det inte finns en annan indikation för PPI behandling.

Reflux behandling/profylax hos kirurgiska patienter

För vissa riskgrupper behöver syrahalten i ventrikeln reduceras under hela dygnet till pH > 4 (mål pH 5-6) för att minska risken för frätskador i känslig eller nyopererad vävnad. Ges till bl.a. patienter efter operation av esofagusatresi, trakealplastik samt till patienter med diafragmabräck. Behandling ges också till patienter med känd refluxproblematik

Profylax/behandling:

Esomeprazol (Nexium®) iv inj. vätska 8 mg/ml:
0,5 mg/kg x 2. Dosjustering kan behövas efter pH kontroll.

Behandlingskontroll:

Vi behandling på denna indikation kontrolleras pH 2 ggr/dygn första 2 dyggen, strax innan PPI ges. Därefter, en gång/dygn i 2 dygn och sedan 2 ggr/veckan. pH-värde uppskattas med lackmuspapper, alternativt kan en urinsticka användas för att få ett mer exakt värde. Vid pH <4 vid 2 tillfällen rekommenderas doshöjning.

Ansvar

Ansvar för spridning och implementering har vårdenhetschef och sektionschef.
Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

Uppföljning

För revision av denna rutin ansvarar innehållsansvarig.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient.
Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Arbetsgrupp

Stefan Björnsson, ST-Läkare, AnOpIVA
Helena Winberg, Sektionschef, AnOpIVA Neonatal Barn

Granskad av Anders Sandin, överläkare, kirurgi barn

Källförteckning

1. Chaïbou, M. et al. Clinically significant upper gastrointestinal bleeding acquired in a pediatric intensive care unit: a prospective study. *Pediatrics*, 102(4 Pt 1). 1998.
2. Sahin, S. et al. Stress induced gastrointestinal bleeding in a pediatric intensive care unit: which risk factors should necessitate prophylaxis?. *Minerva pediatrica*, 68(1). 2016.

3. Reveiz, L. et al. Stress ulcer, gastritis, and gastrointestinal bleeding prophylaxis in critically ill pediatric patients: a systematic review. *Pediatric critical care medicine : a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 11(1). 2010
4. Deerojanawong, J et al. Incidence and risk factors of upper gastrointestinal bleeding in mechanically ventilated children. *Pediatric Critical Care Medicine*, 10(1). 2009
5. Gutiérrez-Gutiérrez et al. Risk for the development of upper gastrointestinal bleeding in children in an intensive care unit. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014
6. Nithiwathanapong, C. Prevalence and risk factors of stress-induced gastrointestinal bleeding in critically ill children. *World Journal of Gastroenterology*, 11(43). 2005.
7. Solana, M. J. et al. 0.5 mg/kg versus 1 mg/kg of Intravenous Omeprazole for the Prophylaxis of Gastrointestinal Bleeding in Critically Ill Children: A Randomized Study. *The Journal of Pediatrics*. 2012
8. Weiss, S. L. et al. Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for the Management of Septic Shock and Sepsis-Associated Organ Dysfunction in Children. *Pediatric critical care medicine : a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 21(2), e52–e106. 2020.
9. Nexium®. <https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&npId=20030822000043>

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet AnOpIva neonatal barn

Innehållsansvar: Ola Ingemansson, (olain), Överläkare

Godkänd av: Angela Hanson, (angha), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-2981

Version: 2.0

Giltig från: 2026-01-08

Giltig till: 2028-01-08