

Gäller för: Kirurgiavdelning Alingsås, Kirurgi-ortopedi-urologimottagning
Alingsås
Innehållsansvar: Henrik Jonsson, (henjo9), Enhetschef
Godkänd av: Joakim Samuelsson, (joasa14), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-10-30
Giltig till: 2026-10-30

Gastrointestinal blödning

Gastrointestinal blödning delas in i övre (esofagus, ventrikel eller duodenum) och nedre (tunntarm, kolon), beroende på om blödningens källa är lokaliserad proximalt eller distalt om Treitz ligament.

Övre GI-blödning är betydligt vanligare, cirka 75 % av all GI-blödning, men cirka 5 % av övre GI-blödning debuterar med röd blödning per rektum.

Symtom

- Hematemes: Blod- eller kaffesumpskräkning.
- Melena: Tjårsvart avföring, ofta särpräglad lukt.
- Hematochezi: Rött till mörkt rödlila blod i avföringen.
- Cirkulatorisk påverkan/chock.

Undersökning, utredning och behandling sker parallellt – oavsett om patienten inkommer till akutmottagningen eller redan vårdas inneliggande.

Negativa prognostiska faktorer

- Synkope.
- Intag av NSAID/ASA, Waran, NOAK, trombocythämmare eller kortison de senaste två veckorna.
- Cirkulationspåverkan
- Tecken till pågående blödning
- Koagulationsstörning
- Komplicerande sjukdom (t.ex. malignitet, lever- eller njursvikt).

- Ålder > 60 år.
- Alkoholmissbruk.
- Opererad med aortagraft (kan leda till aortoduodenal fistel).

Är din patient allmänpåverkad?

- Påverkad cirkulation? Takykardi (HF>100), systoliskt BT <90 mmHg, central kapillär återfyllnad>2.5 s, perifer kyla, kallsvettig, medvetandepåverkad, laktatstegring? Om något av ovanstående föreligger skall du utgå ifrån att patienten är i hypovolem chock, vilket är ett livshotande tillstånd som kräver omedelbar stabilisering. Kontakta anestesijouren!
- Hematemes eller rikligt med färskt blod per rektum?
- Anamnes på något ovanstående.

Åtgärder vid allmänpåverkad patient med GI-blödning

- Bedöm patienten enligt ABCDE-konceptet.
- Bedöm och säkra fri luftväg. Tänk på aspirationsrisken. Eftersträva saturation > 95 %. Ge syrgas på mask, 8-10-15 liter/min.
- Två grova venösa infarter.
- Intravenös vätska (Ringer-Acetat).
- Hb, TPK, fibrinogen, PK, APTT, blodgruppering, bastest, elektrolytstatus, leverstatus. Arteriell eller venös (i så fall ”utvidgad”) blodgas för bedömning av laktat.
- Beställ erytrocytkoncentrat och diskutera med anestesilog om patienten uppfyller villkoren i rutin: ”Kritisk blödning hos vuxna blödningslarm och transfusionspaket”_ [Massiv blödning hos vuxna, blödningslarm och transfusionspaket](#)
- V-sond, 16 eller 18 Ch. Överväg ventrikelsköljning med minst 500 ml vatten och aspirera (färskt eller gammalt blod?) Esofagusvaricer är **ej** kontraindikation.
- Vid påverkad patient med GI-blödning måste koagulationen normaliseras omgående.
- Patient som använder Waran ska reverseras, liksom vid bruk av de NOAK där detta är möjligt Låg tröskel för kontakt med koagulationsjour Sahlgrenska.
- KAD, mät urinproduktion.

- Kontakt med kirurgbakjour. Denna har alltid det övergripande medicinska ansvaret under det akuta skedet.
- Intensivvårdsbehov bedöms tillsammans med anestesijour.
- En påverkad patient med GI-blödning skall stabiliseras, vid behov på IVA, **innan** endoskopi är aktuell. Akut endoskopi i samband med GI-blödning görs på operationssal eller på Endoskopienheten efter samråd mellan kirurg, anesthesiolog och gastroenterolog utifrån möjlighet att åtgärda blödning viktat mot behov av övervakning. Möjlighet att värdera och åtgärda sviktande vitalfunktioner (inklusive massiv transfusion och ventilatorbehandling) samt tillgång till laparotomi är nödvändigt att beakta.

Läkemedel

- PPI, pantoprozol/esomeprazol 80 mg intravenöst bolus, sedan eventuellt kontinuerlig infusion med 8 mg per timma i upp till 72 timmar.
- Överväg Cyklokapron 1 g x 4–6 intravenöst (försiktighet vid njursvikt) i upp till 3 dygn.
- Överväg Octostim 0.3 mikrog/kg subcutant eller intravenöst om patienten behandlas med ASA/NSAID eller har uremi eller levercirrhos. Kan upprepas 1–2 ggr med 6–12 timmars intervall.
- Överväg Konaktion 10 mg intravenöst vid Waranbehandling och/eller leversvikt.
- Överväg faktorkoncentrat eller plasma vid Waran, till målet PK helst < 1,6 INR.
- Överväg Idarucizumab (Praxbind) vid Pradaxabehandling.
- Vid misstänkt varixblödning ge omedelbart Glypressin 2 mg intravenöst (1 mg om vikt < 55 kg) detta ges före gastroskopi, ges var 4:e timma i 3–5 dagar eller Sandostatin kontinuerlig intravenös infusion 25 mikrog per timma tills 2–3 dagar efter upphörd blödning. Antibiotika Cefotaxim 1–2 g x 2 intravenöst eller Ciproxin (vid allergi) 400 mg x 2 intravenöst ges omedelbart.
- Överväg Erytromycin 125–250 mg före endoskopi för att tömma ventrikeln.

Understödjande

- Fortsätt ge vätska, sikta på urinproduktion 0.5-1,0 mL/kg/h, hemodynamisk stabilitet utan tecken till inkompensation. Transfundera med plasma, trombocyter, E-konc (transfundera upp till Hb > 90). Trombocytkoncentrat ges för att reversera Plavix-effekt. Ge 2 enheter, avvakta och ge vid behov ytterligare 2 E.

Gastroskopi

Alla patienter med GI-blödning som kräver IVA-vård bör gastroskoperas inom 12 h, oftast efter stabilisering men omedelbar gastroskopi med endoskopisk terapi är ibland en förutsättning för att få patienten cirkulatoriskt stabil. Var gastroskopin sker och under vilka former beslutas av ansvarig kirurg gemensamt med anestesijour.

- Överväg alltid gastroskopi i intubationsnarkos för att minska aspirationsrisken och underlätta endoskopisk terapi!
- Normalt görs gastroskopi på operationssal för att vid behov snabbt kunna övergå till laparotomi.

Endoskopisk terapi

- Ges mot blödande ulcus Forrest Ia, Ib, IIa och IIb för att ytterligare minska reblödningsrisken. Sklerosering och eventuellt komplettera med clips.
- Esofagusvaricer: Ligatur är förstahandsval, sklerosering sällan aktuellt. Ett alternativ är Danis stent.
- Fundusvaricer. Injektionsbehandling med fibrinlim alternativt ligatur. Detta görs inte hos oss och dessa patienter bör transporteras till annat sjukhus om det är aktuellt.
- Blödande polyper: Slyngning.

Patient som behandlas endoskopiskt hålls fastande i enlighet med operatörens bedömning med fortsatt intravenös behandling med PPI efter endoskopisk behandling om reblödningsrisken motiverar det.

Patienten bör vårdas inläggande så länge akut risk för reblödning

kvarstår.

De flesta reblödningar sker inom 3–4 dygn.

Kontrollgastroskopi vid reblödningsrisk eller fortsatt transfusionsbehov.

Indikationer för angiografisk intervention eller operation

- Patient som inte svarar på chockbehandling,
- Återkommande cirkulatorisk instabilitet.
- Blödning eller reblödning som inte stoppar på endoskopisk behandling.
- Blodtransfusion > 6–8 påsar på 2-3 dagar.

Nedre GI-blödning

Orsaker:

- Divertikulos (40 %)
- Ischemisk kolit (1–19 %)
- Malignitet (1–14 %)
- Angiodysplasi (11 %)
- Hemorrojder (5–10 %)
- Postpolypektomi (2–6 %)
- Infektiös, strålningsorsakad kolit samt inflammatorisk tarmsjukdom.

Handläggning

Vid svart avföring och större mängd blödning per rektum ska patienten handläggas som övre GI-blödning.

Vid melena görs gastroskopi och bör även övervägas vid rött blod per rektum, kliniken får avgöra.

Om gastroskopi är normal görs koloskopi. Rektoskopi görs direkt på akutmottagningen.

Om ingen pågående blödning kan påvisas endoskopiskt tas ställning till hemgång där risken för reblödning är den avgörande faktorn.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kirurgiavdelning Alingsås, Kirurgi-ortopedi-urologimottagning Alingsås

Innehållsansvar: Henrik Jonsson, (henjo9), Enhetschef

Godkänd av: Joakim Samuelsson, (joasa14), Verksamhetschef

Dokument-ID: SV9042-122748033-84

Version: 3.0

Giltig från: 2024-10-30

Giltig till: 2026-10-30