

Bedriftsnavn: Sørlandet sykehus HF

Akutt gastrointestinal blødning

Introduksjon

Gastrointestinale blødninger manifesteres vanligvis ved hematemese, melena eller frisk rektalblødning. De fleste blør intermitterende, og ca. 80 % stopper spontant. Ved mistanke om blødning fra øsofagusvaricer, se egen [prosedyre](#)

Diagnostikk

- Klinisk bilde: BT / puls / respirasjonsfrekvens / status
 - o Vurder sirkulasjonen. Sinustakykardi og synkope er tegn på alvorlig blødning. Obs - pasienter på betablokker blir mindre tachycarde.
- Vurdering av ventrikelinnhold ved oppkast
 - o Blod? Hemofec er ikke pålitelig for vurdering og kan være falsk positiv. Obs «Kaffegrut» - retensjonsvæske i ventrikel er gjerne mørkt på farge og indikerer oftest ikke blod.
- Rektal eksplorasjon og vurdering av avføring
 - o Melena? Friskt blod? Øvre GI-blødning med friskt blod i avføringen er tegn på alvorlig blødning.
- Blodprøver: Hb, MCV/MCH, trombocytter, kreatinin, urea, INR, laktat
 - o Forhøyet urea i forhold til kreatinin tyder på øvre GI-blødning

Tiltak

- Stabilisering av pasienten er viktigste tiltak:
 - o Korrigere hypovolemi og hypoksi. Minst 2 gode i.v-tilganger (grønn Venflon).
- Blod og blodprodukter
 - o Ved stabil pasient vurderes transfusjon av SAG ved Hb < 7.0, **men mer liberal ved pågående blødning og ustabil pasient.**
 - o Ved kjent coronarsykdom/alvorlig komorbiditet er transfusjonsgrensen 9,0
 - o Octaplas for å senke INR, samt én enhet for hver 3-4. SAG
 - o Trombocytter bør vurderes ved alvorlig blødning under behandling med platehemmere
- Blodfortynnende medikamenter
 - o All blodfortynnende medikasjon bør seponeres og antidot vurderes
 - OBS situasjoner der seponering av blodfortynnende må vurderes nøyerer er pasienter med nylig PCI med stent, samt ved mekaniske hjerteventiler
 - o Ved forhøyet INR skal det gis plasma (octaplas). Ved alvorlig blødning vurderes protrombinkompleks (Octaplex, Prothrombex), men obs kort halveringstid (følg INR) K-vitamin (Konakion) 5-10 mg i.v. bør gis ved høy INR, men har langsom virkning
- Medikasjon
 - o Ved mistanke om alvorlig, øvre GI-blødning skal det startes pantoprazol i.v. 80 mg støtdose etterfulgt av kontinuerlig infusjon med 8 mg/t i inntil 3 døgn
 - o Ved mindre alvorlige blødninger kan pantoprazol gis som støtdoser i.v. eller p.o. med minst 40 mg x 2

- Ved mistanke om nedre GI-blødning (frisk rektalblødning), bør det startes tarmtømming for koloskopi neste dag. Tømming med CitraFleet / Picoprep foretrekkes.
- For øvrig skal pasienten faste til nærmere beskjed fra gastroenterolog

Vurdere alvorlighetsgrad og indikasjon for akutt skopi

- Synkope og/eller raskt hb-fall er viktige tegn på alvorlig blødning.
- Glasgow-Blatchford score kan hjelpe i vurderingen:

Urea i blod (mmol/L)		Hb (g/L) for menn		Andre markører	
6.5-8.0	2	12.0-12.9	1	Puls ≥100 (per minutt)	1
8.0-10.0	3	10.0-11.9	3	Presentasjon med melena	1
10.0-25	4	<10.0	6	Presentasjon med synkope	2
>25	6	Hb (g/L) for kvinner		Leversykdom	2
Systolisk BT (mm Hg)		10.0-11.9	1	Hjertesvikt	2
100-109	1	<10.0	6		
90-99	2				
<90	3				

- Med total score på 0 er det vanligvis ikke behov for intervensjon
- Ved total score > 6 er det over 50% behov for endoskopisk intervensjon
- Akutt skopi
 - Sørlandet sykehus har beredskapsordning på akutt endoskopi fordelt mellom sykehusene i Kristiansand og Arendal med utrykningstid inntil 2 timer. Denne gjelder hverdager kl 1600-0730 og i helg. På dagtid konfereres gastroenterolog (SSK intern telefon **3392**).
 - Telefon vakthavende lege i endoskopivakt
 - Kristiansand (Partallsuker jan-mai i partallsår, så omvendt): **46 94 35 05**
 - Arendal (Partallsuker jan-mai i oddetallsår, så omvendt): **95 48 98 75**
 - Ved planlagt akutt skopi med mistanke om pågående øvre GI-blødning, bør pasienten få 250 mg erytromycin i.v. for å tømme ventrikkel, best effekt gitt 30 min før skopi.
 - Skopi gir mulighet for å lokalisere blødningsfokus og for intervensjon ved pågående blødning eller funn med høy fare for reblødning. Behandling vil som oftest bestå av injeksjon med adrenalin kombinert med klips, varmebehandling eller sklerosering. Skopi foretas på gastrolab, evt INT om ustabil pasient.
 - NB! Pasienten skal ALLTID stabiliseres før skopi.

Observasjon

- Akutte GI-blødninger (både øvre og nedre) innlegges medisinsk avdeling
- Alvorlige blødninger skal ligge på intensiv med kontinuerlig overvåking av BT/puls, jevnlig Hb-kontroller (hver 4.-6. time) og observasjon av avføring og evt oppkast.
- Stabile pasienter kan ligge på sengepost, fortrinnsvis 2A gastro.
- Ved tegn til reblødning etter skopi (hb-fall, synkope, takykardi), skal det være tatt stilling til om det skal forsøkes ny endoskopisk intervensjon, eller om andre tiltak skal vurderes.

Komplikasjoner

- Når endoskopisk terapi ikke fører fram, skal det vurderes intervensjonsradiologi eller kirurgi