

 Somatikk Arendal		Prosedyre	
Akutt øvre GI-blødning, Med.avd. SSA			Side 1 av 4
Dokument ID: II.SOA.MEA.2.MED.GAS-8	Godkjent dato: 03.02.2025	Gyldig til: 03.02.2027	Revisjon: 9.01

Somatikk Arendal\Medisinsk avd. SSA\Pasienter og brukere\Medisinskfaglig\Gastroenterologi

Hensikt:

Å sikre optimal stabilisering, medisinsk behandling og observasjon av pasienter med øvre gastrointestinale blødninger.

Diagnostikk

- Klinikk
 - Melena (svart, grøtet, illeluktende), rød eller brun/svart hematemese.
 - Obs sirkulatorisk påvirkning: Synkope, BT-fall, resp.frekvens, tachykardi.
- Sannsynliggjøre øvre GI-blødning
 - Tidl. ulcer, leversykdom, antikoagulasjon, platehemming, Hb-fall, epigastriesmerter, s-urea, rektaleksplorasjon m/Hemofec, nylig intervensjon i GI-tractus, NSAIDs, alkohol.
 - Ved massiv blødning og kort sykehistorie er ikke Hb representativt for blodtapet.
 - Frisk rektalblødning uten hemodynamisk påvirket pasient taler for nedre GI-blødning framfor øvre GI-blødning.
- Blodprøver
 - Standard inntakstprofil + MCV, ferritin, blodgass m/laktat
 - Tillegg v/ kjent eller mistenkt leversykdom: Bilirubin og INR
- Risikovurdering
 - Glasgow-Blatchford Score (GBS).
 - Sirkulatorisk instabilitet (BT-fall, synkope) tillegges stor vekt.
 - Variceblødning har høy mortalitet, obs infeksjon og akutt nyresvikt

Behandling

- Stabilisering av pasient (viktigste tiltak)
 - Sikre i.v-innganger med to grove venfloner
 - Korrigere hypovolemi med klare væsker. Vurder BT/puls, bevissthetsgrad, resp.frekvens, laktat.
- Blodprodukter
 - Unngå overtransfusjon.
 - Transfunder til Hb på 7-9 g/dl. Ved signifikant hjerte-/lungesykdom (f.eks. symptomatisk angina) bør Hb tilstrebes noe høyere, på 9-10 g/dl.
 - Ved transfusjon av >4 enheter SAG, gi 2 enheter Octaplas® for å erstattet tapte koagulasjonsfaktorer.
 - Trombocyttkonsentrat kan vurderes ved trombocytter <50x10⁹/l.
- Platehemming/antikoagulasjon
 - Platehemming og antikoagulasjon nulles ved inntak (OBS konferer kardiolog først ved nylig PCI-behandling eller pasienter med mekanisk hjerteklaff).
 - Direkte orale antikoagulantia (DOAC) og hepariner har kort halveringstid, behøver sjelden aktiv reversering. Tid er den viktigste motgiften.
 - Høy INR pga warfarinbehandling kan reverseres med Konakion 5-10mg i.v.

Utarbeidet av: Petter Hære	Fagansvarlig: Petter Hære	Godkjent av: Geir Noraberg	
--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--

 SØRLANDET SYKEHUS	Akutt øvre GI-blødning, Med.avd. SSA				Side: 2 Av: 4
Dokument-id: II.SOA.MEA.2.MED.GAS-8	Utarbeidet av: Petter Hære	Fagansvarlig: Petter Hære	Godkjent dato: 03.02.2025	Godkjent av: Geir Noraberg	Revisjon: 9.01

Somatikk Arendal\Medisinsk avd. SSA\Pasienter og brukere\Medisinskfaglig\Gastroenterologi

- Ved livstruende blødninger med raskt behov for reversering av antikoagulasjon kan man vurdere å reversere antikoagulasjonseffekten aktivt (bør gjøres med forsiktighet pga tromboserisiko og sparsomt med dokumentasjon):
 - Octaplex® ved behandling med warfarin (Marevan®), apiksaban (Eliquis®), rivaroksaban (Xarelto®) eller edoksaban (Lixiana®).
 - Praxbind® er spesifikt antidot mot dabigatran (Pradaxa®).
 - Protaminsulfat® ved behandling med hepariner.
 - Octaplas® bør ikke brukes for aktiv reversering av antikoagulasjon.
- Medikamentell behandling
 - Ved mistanke om betydningsfull øvre GI-blødning startes pantoprazol (Somac®):
Start med engangsdose 80mg i.v. i 100ml 0,9% NaCl, gis over 15-20min.
Deretter 40mg x3 i.v. i til sammen 72 timer*
 - Ved mistanke om variceblødning:
 - Terlipessin (Glypressin®) 2mg x6 i.v.
 - Cefotaxim 2g x3 i.v., alternativt ciprofloxacin 400-500mg x2 i.v. uavhengig av klinikk (Obs spontan bakteriell peritonitt, se egen prosedyre).
 - Laktulose 15ml x3 p.o. (gis først etter skopi).
 - Dersom akutt skopi er indisert
 - Erythromycin 250mg i.v. som engangsdose 30-60min før avtalt skopi.
- Kontakt endoskopivakt/gastrolab ved ustabil pasient eller mistanke om variceblødning
 - Informasjon skopivakt behøver
 - Vitale parametere (BT, puls, temp, resp.frekv).
 - Aktuell og tidligere Hb-målinger.
 - Melena eller hematemese.
 - Resultat av rektaleksplorasjon og Hemofec.
 - Tid siden siste inntak av mat eller drikke.
 - Debut av symptomer.
 - Antikoagulasjon/platehemming, evt. INR.
 - Komorbiditet
- Observasjon etter innkomst
 - Sirkulatorisk ustabile pasienter, mistanke om variceblødning, og pasienter med behov for akutt skopi skal observeres på intensivavdeling.
 - Ved observasjon på sengepost bør det utføres TILT hver 2. til 6. time avhengig av klinikk. Ny Hb-måling bør i det minste utføres 2-6 timer etter innkomst og neste dag for å vurdere ytterligere Hb-fall og transfusjonsbehov.
 - Faste frem til gastroskopi.
 - Dersom det ikke er indikasjon for akutt skopi skal pasienten som hovedregel henvises gastroskopi påfølgende virkedag. Vakthavende lege sender gul lapp/notat som henvisning til arbeidsgruppen: «MED SSA Gastrolab Inneliggende Tverrfaglig».

 SØRLANDET SYKEHUS		Akutt øvre GI-blødning, Med.avd. SSA			Side: 3 Av: 4
Dokument-id: II.SOA.MEA.2.MED.GAS-8	Utarbeidet av: Petter Hære	Fagansvarlig: Petter Hære	Godkjent dato: 03.02.2025	Godkjent av: Geir Noraberg	Revisjon: 9.01

Somatikk Arendal\Medisinsk avd. SSA\Pasienter og brukere\Medisinskfaglig\Gastroenterologi

Glascow-Blatchford Score (GBS)

	Poeng	
Systolisk blodtrykk (mmHg)		
100 - 109	1	
90 - 99	2	
< 90	3	
S-urea (mmol/l)		
6,5 - 7,9	2	
8,0 - 9,9	3	
10,0 - 24,9	4	
≥ 25,0	6	
B-Hb for menn (g/dl)		
12,0 - 12,9	1	
10,0 - 11,9	3	
< 10,0	6	
B-Hb for kvinner (g/dl)		
10,0 - 11,9	1	
< 10,0	6	
Andre risikofaktorer		
Puls ≥ 100	1	
Melena	1	
Synkope	2	
Leversykdom	2	
Hjertesvikt	2	
Totalsum		

Glascow-Blatchford Score skal bare brukes på pasienter utenfor sykehus eller i akuttmottak.

Scoringskjemaet vil kunne identifisere pasienter som ikke trenger endoskopisk intervensjon eller innleggelse.

Score på 0-1 tilsier svært lav reblødningsfare og mortalitet. Slike pasienter behøver ikke innleggelse pga blødning. Poliklinisk gastroskopi kan være aktuelt for disse pasientene dersom klinisk indisert. Vær obs på at annen komorbiditet kan rettferdiggjøre innleggelse.

Vakttelefon

Beredskapsvakt for blødninger ved SSHF skal sikre nødvendig endoskopisk intervensjon ved alvorlige blødninger etter arbeidstid på hverdager og helg/helligdager. SSA og SSK har beredskapsvakt annenhver uke. Akuttmottaket har oversikt over hvilket sykehus som har vakt til enhver tid.

Vakttelefon SSA: **95489875**

Vakttelefon SSK: **46943505**

Intern kontakttelefon på dagtid (gastrolab SSA sykepleier): **5220**

Endringer siden sist versjon

* Nyeste guideline fra ESGE (2021) sidestiller PPI-infusjon og intermitterende dosering. Vi anbefaler nå intermitterende dosering da pasientene vil slippe å måtte være påkoblet kontinuerlig infusjon, og det vil sannsynligvis medføre mindre ressursbruk på sengepost. Peroral PPI-behandling kan vurderes senere i forløpet etter individuell vurdering av gastroenterolog.

Eksterne referanser

Kilder:

1) Gralnek Ian M et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. Endoscopy 2021; 53

 SØRLANDET SYKEHUS	Akutt øvre GI-blødning, Med.avd. SSA				Side: 4 Av: 4
Dokument-id: II.SOA.MEA.2.MED.GAS-8	Utarbeidet av: Petter Hære	Fagansvarlig: Petter Hære	Godkjent dato: 03.02.2025	Godkjent av: Geir Noraberg	Revisjon: 9.01

Somatikk Arendal\Medisinsk avd. SSA\Pasienter og brukere\Medisinskfaglig\Gastroenterologi

2) The European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. J Hepatol (2018).

3) Tripathi D, et al. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. Gut 2015;64:1680–1704