

# Bukspyttkjertelbetennelse - akutt og kronisk (akutt / kronisk pankreatitt) - Kirurgiske Senger SSHF

Side 1 av 3

 Dokument ID:  
**I.4.FEL.5-4**

 Godkjent dato:  
**06.09.2024**

 Gyldig til:  
**06.09.2026**

 Revisjon:  
**2.03**

Fagspesifikke prosedyrer/Fellesdokumenter kirurgiske /somatiske senger/Gastro/gen

## Omfang

Prosedyren omhandler sykepleie til pasienter med pankreatitt og gjelder for sykepleiere og hjelpepleiere på Kirurgiske senger SSHF.

## Hensikt

Sikre at pasienter som har pankreatitt får forsvarlig og god behandling.

## Ansvar

Enhetsleder har ansvar for at prosedyren er tilgjengelig og kjent i avdelingen. Sykepleier og hjelpepleier med ansvar for pasienter med pankreatitt, har ansvar for å følge prosedyren.

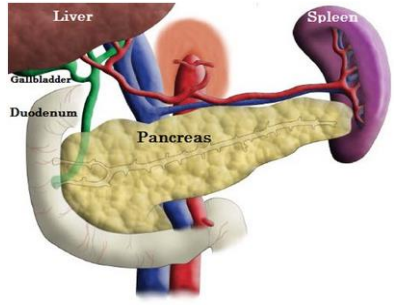
## Bakgrunn

**Pankreatitt** vil si betennelse i bukspyttkjertelen. Sykdomsforløpet kan variere fra å være en mild sykdom som går over i løpet av noen få dager, til å bli en alvorlig, livstruende og langvarig tilstand.

**Akutt pankreatitt** affiserer som oftest kun bukspyttkjertelens eksokrine funksjon, i sjeldne tilfeller også endokrin funksjon. Ved akutt pankreatitt blir det hevelser og væskeansamling i kjertelen. Tilstanden oppstår når enzymene fra kjertelen ikke kommer ut i tarmen, og enzymene i stedet begynner å bryte ned kjertelvevet. Dette kan føre til nekrose og oppvekst av bakterier.

**Kronisk pankreatitt:** Dersom bukspyttkjertelvevet ikke normaliserer seg etter akutt anfall, kan tilstanden gå over i en kronisk pankreatitt. Den vanligste årsaken til dette er vedvarende alkoholbruk. Kjertelen har da fått nedsatt funksjon pga arrdannelse, skrumping og/eller ødelagt gangsystem inne i kjertelen. Kronisk pankreatitt affiserer bukspyttkjertelens eksokrine og endokrine funksjon.


## UTREDNING, OBSERVASJON OG BEHANDLING

Anatomi	
Årsaker	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gallestein</li> <li>• Alkohol</li> <li>• Medikamenter (Statiner, Diuretika, Betablokkere, ACE-hemmere, Antikonvulsiva, NSAIDS, div. antibiotika)</li> <li>• Komplikasjon etter ERCP</li> <li>• Anatomiske forhold kan disponere for tilstanden</li> <li>• Buktraume</li> <li>• Ukjent årsak</li> </ul>
Symptomer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Smerter i øvre del av abdomen med utstråling til rygg</li> <li>• Peritonitt</li> <li>• Kvalme, oppkast, nedsatt matlyst</li> <li>• Ikterus (ved gallegangsaffeksjon)</li> </ul>

 Utarbeidet av:  
**Tverrgående arbeidsgruppe  
 gastro SSHF**

 Fagansvarlig:  
**Hauss/Wakker/Gurgen**


 Godkjent av:  
**Mette Christine Emanuelsen**

		<b>Bukspyttkjertelbetennelse - akutt og kronisk (akutt / kronisk pankreatitt) - Kirurgiske Senger SSHF</b>			<b>Side: 2</b> <b>Av: 3</b>
Dokument-id: I.4.FEL.5-4	Utarbeidet av: Tverrgående arbeidsgruppe gastro SSHF	Fagansvarlig: Hauss/Wakker/Gurgen	Godkjent dato: 06.09.2024	Godkjent av: Mette Christine Emanuelson	Revisjon: 2.03

Fagspesifikke prosedyrer/Fellesdokumenter kirurgiske /somatiske senger/Gastro/gen

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moderat feber</li> </ul>
Aktuelle undersøkelser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blodprøver (DIPS-profil: Pankreatittkontroll)</li> <li>• UL lever, galle og pankreas</li> <li>• CT abdomen</li> <li>• MRCP</li> </ul>
Mottak av pasient	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Følg avdelingens rutiner for mottak av elektive pasienter, eventuelt <a href="#">Mottak av gastrokirurgiske pasienter - øyeblikkelig-hjelp Kirurgiske Senger SSHF</a> hvis pasienten legges inn som øyeblikkelig hjelp</li> <li>• Har pasienten kommunal hjelp ved innleggelse: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Registrer PLO-kommune og send melding om innlagt pasient (innen 24 timer)</li> <li>○ Send PLO-helseopplysning (innen 24 timer)</li> </ul> </li> </ul>
Behandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De fleste tilfellene behandles <b>konservativt</b> med analgetika, intravenøs væsketilførsel og eventuelt TPN/parenteral ernæring. Antibiotika brukes sjeldent tidlig i forløpet, men kan bli aktuelt ved langvarig og komplisert pankreatitt. Blodprøver kontrolleres jevnlig etter legens forordning</li> <li>• Ved gallesteinsutløst pankreatitt er tidlig <b>ERCP</b> ofte aktuelt(<a href="#">ERCP / Papillotomi Med.avd. SSK</a>) (<a href="#">Pasientinformasjon om ERCP, Med.avd., SSK</a>). Så fort pankreatitten er i remisjon, vil cholecystectomi være aktuelt ved gallesteinsutløst pankreatitt.</li> <li>• Pseudocyster og abcesser kan behandles med <b>drenasje</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ UL-veiledet eller CT-veiledet drenasje med innleggelse av pigtaildren</li> <li>○ Drenasje via magesekk (transgastrisk drenering)</li> </ul> </li> <li>• Blødninger kan behandles med <b>embolisering</b></li> <li>• I sjeldne tilfeller <b>kirurgisk behandling</b></li> <li>• IV væskebehandling: Ved akutt pankreatitt er det ofte behov for betydelig iv-tilførsel av væske. Væskemengde styres via kontroll av diurese/vitale parametre/vekt</li> </ul>
Planlegging av utskrivelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartlegge behov for kommunal hjelp</li> <li>• Trenger pasienten kommunal hjelp eller har pasienten kommunal hjelp ved innleggelse: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Registrere PLO-kommune</li> <li>○ Send PLO-helseopplysning (helst innen 24 timer)</li> </ul> </li> </ul>
Kunnskap/utvikling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Del ut informasjonsskrivet <a href="#">Bukspyttkjertelbetennelse - Pasientinformasjon SSHF</a></li> </ul>

KOMPLIKASJONER	
Tidlige komplikasjoner	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hypovolemisk sjokk</b></li> <li>• <b>Indre blødninger</b> - Lekkasje av fordøyelsesenzymer kan føre til skade på blodårene i området og utløse indre blødninger</li> <li>• <b>Multiorgansvikt</b></li> <li>• <b>Encefalopati</b></li> <li>• <b>Sepsis</b></li> <li>• <b>Hypokalsemi</b> - Lekkasje av fordøyelsesenzymer fører til fettspalting og frigjøring av fettsyrer rundt bukspyttkjertelen. Kalsium binder seg til fettsyrene og kalsiumnivået i blodet reduseres. Lav kalsium kan igjen føre til forstyrrelser i hjerterytmen</li> </ul>
Senere komplikasjoner	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pseudocyster (=væskefylt hulrom som ikke er epitelkledd)</b>. Nedbrytelse av kjertelvev pga. lekkasje av fordøyelsesenzymer kan føre til dannelse av pseudocyster. Pseudocyster oppstår vanligvis noen uker etter sykdomsdebut. De kan forsvinne av seg selv, eller de kan kompliseres med oppvekst av bakterier (abcessdannelse).</li> <li>• <b>Abcesser</b> - Bakterier kan slå seg ned i skadet vev rundt den betente bukspyttkjertelen og forårsake lokal abscessdannelse. Pseudocyster kan også bli bakterie-infiserte og omdannes til abcesser.</li> <li>• <b>Diabetes mellitus</b> - Betennelsen i bukspyttkjertelen kan være så omfattende at de insulinproduserende cellene i bukspyttkjertelen blir skadet enten forbigående eller permanent.</li> </ul>

		<b>Bukspyttkjertelbetennelse - akutt og kronisk (akutt / kronisk pankreatitt) - Kirurgiske Senger SSHF</b>			<b>Side: 3</b> <b>Av: 3</b>
Dokument-id: I.4.FEL.5-4	Utarbeidet av: Tverrgående arbeidsgruppe gastro SSHF	Fagansvarlig: Haus/Wakker/Gurgen	Godkjent dato: 06.09.2024	Godkjent av: Mette Christine Emanuelson	Revisjon: 2.03

Fagspesifikke prosedyrer/Fellesdokumenter kirurgiske /somatiske senger/Gastro/gen

SYKEPLEIE – OBSERVASJONER OG TILTAK	
Sirkulasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>NEWS ved ankomst sengepost. Videre målinger avhengig av NEWS-score, oftere v/klinisk forverring</li> </ul>
Respirasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oksygenbehandling ved hypoksi eller dyspnoe</li> </ul>
Ernæring/væske/ elektrolyttbalanse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Administrere iv som forordnet. Obs! ofte stort væskebehov</li> <li>Måle drikke</li> <li>Føre væskeregnskap</li> <li>Pasientene må faste til UL og evt. MRCP, får ellers spise med mindre annen beskjed er gitt av lege</li> <li>Vekt x1 pr.dag</li> </ul>
Eliminasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>Måle diurese (lege vurderer hvor lenge dette er nødvendig).</li> <li>Legge inn KAD hvis forordnet av lege</li> <li>Ventrikkelsonde ved kvalme og oppkast hvis forordnet av lege</li> <li>Observere luftavgang / avføring</li> </ul>
Hud/vev/sår	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observere bukromfang og rapportere endringer til lege</li> <li>Observere hudfarge (Ikterus? Blek? Klam?)</li> <li>Forebygge med tanke på trykksår</li> </ul>
Aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informere pasienten om viktigheten av mobilisering</li> <li>Pasienten bør mobiliseres i korridor x2 per vakt (dag/kveld)</li> <li>Sitte oppe i stol til måltider</li> </ul>
Smerter	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kartlegge smerte og evaluere effekt av smertestillende ved hjelp av NRS</li> <li>Mål: NRS ≤ 3 i ro og i aktivitet</li> <li>Kontakte lege ved økte smerter</li> <li>Vurdere innleggelse av epidural kateter</li> </ul>
Planlegging av utskrivelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kartlegge behov for kommunal hjelp</li> <li>Har pasienten kommunal hjelp ved innleggelse: <ul style="list-style-type: none"> <li>Send PLO helseopplysning</li> <li>Send PLO utskrivningsrapport</li> </ul> </li> <li>Ved førstegang søknad om kommunal hjelp: <ul style="list-style-type: none"> <li>Registrer PLO-kommune (IKKE send melding om innlagt pasient)</li> <li>Send PLO helseopplysning</li> <li>Send PLO utskrivningsrapport</li> </ul> </li> <li>Behov for sykmelding?</li> <li>Behov for resepter?</li> <li>Behov for henvisning til fysio, sosionom, klinisk ernæringsfysiolog eller andre instanser?</li> </ul>
Oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kontroll på sykehuset avgjøres i hvert enkelt tilfelle</li> </ul>

#### Kryssreferanser

[I.4.FEL.5-13](#)

[Mottak av gastrokirurgiske pasienter -øyeblikkelig-hjelp Kirurgiske Senger SSHF](#)

[I.5.1.2-10](#)

[Bukspyttkjertelbetennelse - Pasientinformasjon SSHF](#)

[II.SOK.MEK.MEK.2.2.GAS-5](#)

[ERCP / Papillotomi Med.avd. SSK](#)

[II.SOK.MEK.MEK.2.2.GL.1-3](#)

[Pasientinformasjon om ERCP, Med.avd., SSK](#)

#### Eksterne referanser

<http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/?frid=TK-12-fordoyel-230>

<http://legemiddelhandboka.no/Terapi/16656?expand=1>