

# Blödande esofagusvaricer

Detta PM beskriver handläggningen vid övre GI-blödning hos patienter med känd eller misstänkt leversjukdom med samtidigt kända eller starkt misstänkta esofagusvaricer.

Syfte	Tydliggöra handläggning av patienter med misstänkta esofagusvaricer.
<b>Patientgrupp, diagnos, målgrupp</b>	Patienter med känd eller misstänkt leversjukdom.
<b>Omhändertagande på akutmottagningen</b>	Initiala omhändertagandet på akutrum omfattar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Säkrande av infarter, helst 2 st grova infarter</li> <li>• Syrgas</li> <li>• vätsketerapi för att uppnå hemodynamisk stabilitet</li> <li>• Blodtryck kring 100 systoliskt är ofta en adekvat målnivå</li> <li>• V-sond bör sättas. Kraftig hematemes eller tilltagande encefalopati kan utgöra indikation för intubation.</li> </ul> <p>Oftast IVA vård och kontakt med narkosjour. Om patient ej vårdas på IVA ska patient vårdas på gastroenterologisk avdelning.</p>
<b>Läkemedel</b>	Terlipressin (Glypressin) 2 mg iv (1 mg om vikt < 55 kg) som bolus, denna ges omgående medan övrig undersökning och stabilisering pågår på akuten. <p>Fortsatt Terlipressin 2 mg iv (1 mg om vikt &lt; 55 kg) x 6. Dosminskning kan göras i samråd med gastroenterolog.</p> <p>Total behandlingstid 3-5 dagar. Terlipressin minskar inflödet till v porta och sänker portatrycket. Oselektiv betablockad pausas under behandlingstiden med terlipressin.</p> <p>Terlipressin finns på IVA samt Medicinenheten plan 8.</p> <p>Vissa undantag kan göras vid samtidigt behov av annan vasoaktiv substans, dialog kring detta sker mellan gastroenterolog och intensivvårdsläkare.</p> <p>Ab-profylax med cefotaxim 1g x 2 iv eller Ciproxin 400 mg x 3 iv.</p>
<b>Blodtransfusion</b>	Restriktiv blodtransfusionsstrategi. Transfusionsgräns 70 g/l vid stabiliserad blödning med mål att hålla hb mellan 70-90g/l. <p>Undvik övertransfusion då det ökar risk för förvärrad blödning. I akutskede med tydligt pågående blödning rimligt att ha hb 80 som mål. Hänsyn tages till eventuell symptomgivande ischemisk hjärtsjukdom.</p>
<b>Gastroskopi</b>	Gastroskopi för bandligerering bör göras av gastroenterolog inom 24 h. Tidigare vid instabilitet. Kontakt med gastroenterolog bör tas för

<p><b>Komplikationer</b></p> <p><b>Sekundärprevention</b></p>	<p>överbägende om gastroskopi bör göras på operation.</p> <p>Ery Max 250mg iv, 1h-30min innan endoskopi för ventrikeltömning.</p> <p>Jourtid och framför allt helgtid tas kontakt med Daniel Modin (0762082527) eller Adam Skytt (0730584315).</p> <p>Vid okontrollerbar esofagusvaricerblödning överbäger gastroenterolog Danis Stent av utifrån de komplicerande faktorer detta medför avseende fortsatt vård.</p> <p>Varicerblödning ger risk att utveckla höggradig encefalopati. Laktulos exempelvis 15-30 ml x 4 -8.</p> <p>Som sekundärprevention i lugnare skede efter avslutad Terlipressin ges Carvedilol. Startdos 6.25mg 1x1</p> <p>Måldos 12.5mg per dygn fördelat på 2 doser, denna bör strävas efter att uppnås snarast möjligt.</p> <p>Propanolol är ett andrahandsalternativ som kan startas med 10-20 mg 1x1.</p> <p>Tidig TIPS överbägs för att förebygga reblödning inom 24-72 h efter gastroskopi med blödningskontroll framförallt hos pat med Child-Pugh C &lt;14 poäng samt Child Pugh B med pågående blödning vid initials kopi.</p>
<p><b>Uppföljning</b></p>	<p>Övrig skopiuppföljning och eventuella framtida ligeringar bestäms av gastroenterolog.</p>
<p><b>Upprättad av</b></p>	<p>Överläkare, Daniel Modin och Överläkare, Adam Skytt</p>
<p><b>Uppföljning, utvärdering, revision</b></p>	<p><i>Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i patientens journal.</i></p> <p><i>Övriga avvikelser rapporteras i avvikelssystemet.</i></p>