

# Ulcusprofylax IVA

**Gäller för:** Anestesikliniken

**Utförs på:** Anestesikliniken Växjö

**Faktaägare:** Joakim Ahvenainen, medicinskt ledningsansvarig IVA Växjö

## 1 Innehållsförteckning

Ulcusprofylax IVA .....	1
2 Inledning.....	1
3 Riskpatienter .....	1
4 Profylaxmetoder.....	2
4.1 Stressreduktion.....	2
4.2 Enteral nutrition .....	2
4.3 Protonpumpshämmare.....	2
4.4 Sukralfat (Andapsin).....	2
4.5 H2 –blockerare .....	3

## 2 Inledning

Akut gastrointestinal blödning som orsakas av ”stressulcus” är relativt sällsynt. Riskpatienter ska dock ha profylax. Observera att IVA-vård i sig inte är en riskfaktor och att inte alla patienter ska ha profylax. Ulcusprofylax ska avslutas senast när patienten skrivs ut från IVA.

## 3 Riskpatienter

**Stor risk** (3,7% kliniskt signifikanta blödningar)

- Patienter med ökad blödningstendens
  - TPK < 50
  - PK > 1,5
  - APTT 2 x normalvärde
- Respiratorbehandling > 48 timmar.

**Mindre risk** (0,1% kliniskt signifikanta blödningar vid avsaknad av ovanstående riskfaktorer)

- Sepsis
- Multipel trauma
- Akut lever/njursvikt
- Brännskador (>20% av kroppsytan)
- Blödande ulcussjukdom i anamnesen
- Steroidbehandling (>250 mg hydorkortison/d)
- Chock
- Skallskador

Patienter med koagulopati och/eller respiratorbehandling > 48 timmar är huvudindikation för ulcusprofylax. Vid 32 av de mindre riskfaktorerna är det också aktuellt med profylax.

## 4 Profylaxmetoder

### 4.1 Stressreduktion

- Smärtlindring
- Seding enligt aktuellt behov
- Omvårdnad

Optimal intensivvård med särskild hänsyn till ovanstående punkter är sannolikt huvudorsaken till den mycket låga frekvensen av gastrointestinal blödning hos dagens intensivvårdspatienter.

### 4.2 Enteral nutrition

Näringstillförsel i ventrikeln är sannolikt det bästa sättet att upprätthålla normal ventrikelslemhinna. Trots detta finns det hållpunkter för att nutrition inte skyddar mot stressulcus. Enteral nutrition i tunntarmen har inte samma effekt på slemhinnan. Högriskpatienter bör behålla profylaxen även vid full per oral/enteral nutrition.

### 4.3 Protonpumpshämmare

Protonpumpshämmare är förstahandsval. Fördelen är avsaknad av toleransutveckling, få biverkningar samt att man inte behöver reducera dosen vid njursvikt. Dosering är t.ex. Pantoprazol 40 mg x 1 iv eller Omeprazol 20 mg x 1 po. Patienter som står på PPI-preparat före IVA-vård ska behålla detta som profylax.

### 4.4 Sukralfat (Andapsin)

Sukralfat var tidigare rutinmetoden på IVA. Verkar lokalt i ventrikeln genom att mekaniskt skydda slemhinnan. Har ingen effekt på syraproduktion. Normaldos är

1 g x 4, dvs mixtur 200 mg/ml 5 ml x 4. Påverkar upptaget av andra peroralt tillförda läkemedel. I nyare studier har man tonat ner skillnaden i VAP (ventilator associerad pneumoni) mellan olika profylaxmetoder vilket har minskat användningen av sukralfat som profylax. Sucralfat bör tillföras på fastande mage minst 30 minuter före måltid, detta innebär att Sucralfat inte är det bästa alternativet vid samtidig enteral nutrition.

#### 4.5 H2 –blockerare

Hindrar produktion av saltsyra i ventrikeln och höjer pH. Är effektivt som profylax. En biverkan är en bakteriell tillväxt i ventrikeln som kan leda till kolonisation i luftvägarna efter en aspiration. I nyare material har man dock inte påvisat någon signifikant skillnad mellan pneumonifrekvensen och olika profylaxmetoder. Biverkan kan ses i form av trombocytopeni (extremt ovanligt) och förvirring. Patienterna utvecklar tolerans vid användning av H2-blockare vilket innebär att pH i ventrikeln inte håller sig över 4 vilket anses vara nödvändigt för bra profylax. Normal dosering är inj Zantac 25 mg/ml 2 ml x 3. Dosreduktion vid njursvikt till 2 ml x 2.

**Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.**