

# Ulcusprofylax IVA

**Gäller för:** Anestesikliniken

**Utförs på:** Anestesikliniken Växjö

**Faktaägare:** Anders Lindgaard Andersen, överläkare, IVA Växjö

## Innehållsförteckning

Ulcusprofylax IVA.....	1
1 Inledning .....	1
2 Riskpatienter .....	1
3 Profylaxmetoder.....	2
3.1 Stressreduktion .....	2
3.2 Enteral nutrition .....	2
3.3 Protonpumpshämmare.....	2
3.4 Sukralfat (Andapsin) .....	2

## 1 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.

## 2 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)

- Chock med störd mikrocirkulation ex sepsis

- Trauma, multipelt eller skullskada
- Akut lever-/njursvikt
- Brännskador (>20% av kroppsytan)
- Blödande ulcussjukdom i anamnesen
- Steroidbehandling (>250 mg hydrokortison/>62,5 mg prednisolon/9,4 mg betametason per dag)
- Behandling med NSAID
- Behandling med trombocythämmande läkemedel.

Patienter med koagulopati och/eller respiratorbehandling > 48 timmar är huvudindikation för ulcusprofylax. Vid 2 av de mindre riskfaktorerna är det också aktuellt med profylax.

### 3 Profylaxmetoder

#### 3.1 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.

#### 3.2 Enteral nutrition

Näringsstillförsel 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.

#### 3.3 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.

#### 3.4 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 4-6, dvs mixtur 200 mg/ml 5 ml x 4-6. 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. Kan användas då PPI ej kan eller bör användas.

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