

Lommekort til behandling af Pancreatitis acuta (PA)

Primære behandlingsmål

Hurtigst muligt opnå nedenstående og bibeholde disse:

- Puls < 120
- Systole >100 (ved systole <100 udregnes MAP*. MAP >65 for at sikre organperfusion)
- Diurese > 0,5 ml/kg/time (>200 ml pr 6. time ved pt. 70 kg)
- Normalisering af karbamid og hæmatokrit (EVF), hvis disse som udgangspunkt er forhøjede (udtryk for intravaskulær dehydratio).
- Smertelindring

$$* \text{MAP: } \frac{\text{systole} + 2 \times \text{diastole}}{3}$$

Behandling

Væske-terapi - Ringer-laktat (2. valg NaCl el. Ringer-acetat)

1. BOLUS 20 ml/ kg i Skadest. (ca. 1,5 l) - gentages såfremt "primære behandlings-mål" ikke nås.
2. VEDLIGEHOOLD første 24-48 timer: 2 ml/kg/time (ca 150 ml/t) max 4 L/døgn (BOLUS ikke medregnet). Peroralt indtag skal medregnes
3. **Yderligere væske KUN, hvis ovenstående mål ikke er opnået, eller såfremt basale væske-behov ikke er dækket ved per oralt indtag (2-3 l/døgn)**
4. Smertelindring: Paracetamol 1 g x 4 + PN Tramadol tabl/Tadol sup. (morfin/NSAID 2. valg til PN)

*MINDRE væske: Hjerte, nyre, lunge-insufficiens
MERE væske: Debut > 24 timer før indlæggelse, store mennesker med stor fedtfri masse, dehydratio*

Monitorering

DEN AKUTTE FASE – ved indlæggelsen:

- Venøse prøver (a-gas kun nødvendig hvis sat<93%): Karbamid + EVF + neutrofile, calcium, ALAT, LDH, albumin, blodsukker, CRP, pancreas-amylase
- GLASGOW score i journalen dagligt! (prædikterer sværhedsgraden af PA)
- Kontrol **p+BT+diurese** efter indgift BOLUS – gentag bolus, hvis primære MÅL ikke opnået. Revurder primære behandlingsmål og organfunktion efter hver bolus (ilt-tryk kan fint monitoreres med saturation så længe >93%).
- Bør holdes i Skadestuen indtil Glasgow + organscoret og 1. bolus opstartet - herefter stillingtagen til ITA vs AMA/sengeafdeling.

DEN AKUTTE FASE – i AMA

- **Daglige mål: Glasgow**, døgndiurese, daglig vægt, væske,nyre inf-tal, levergaldetal
- **Monitorering AMA 0-48 timer:** TOKS hver 6. time med opgørelse af **diurese** – kir MV justerer væskeindgift herefter. BS x 3 dagligt.
- Monitorering efter 48 timer: Ved mildt forløb ændres observationshyppigheden til x3/dag

(Sgpl. registrerer væske-vandladning under "faneoverblik -> plejestatus->kost/væske")

Flyt til Intensiv

**Glasgow score 3 eller højere (risiko for svær pankreatit)
+ organpåvirkning.**

- Hvis det er nødvendigt at give iv krystalloid > 4 l/døgn (afhængig af pt.s størrelse) ud over første 24 timers indlæggelse, for at opnå "mål", skal ITA-BV kontaktes.
- ITA-BV kontaktes også hvis iv. væsketerapi (ud over basisbehov) stadig er nødvendigt på 3. døgn efter indlæggelse for at opretholde "mål".

Pt. skal GLASGOW-scores ved indlæggelse, efter 24 og 48 timer – scoren noteres i journalen!

GLASGOW	ORGAN-svigt
A-gas $PaO_2 < 8$ kPa ($< 93\%$ sat) u.ilt	Lunge $PaO_2 < 8$ kPa trods 4 l O_2
Neutrofile $> 15 \times 10^9/l$	Nyre s-krea > 250 el. dialysekrav
S-calcium < 1 mM	Cirkulation BT systole < 90 mmHg (MAP < 65)
S-karbamid > 16 mM	Metabolsk BS > 10 (ej DM) , Calcium < 1 mM
ALAT > 200 mM	Shock
LDH > 600 mM	Koagulopati Symptomatisk
Albumin < 32 g/l	CNS-påvirkning
BS > 10 mM	
Alder > 55	

- 1 point pr linje under GLASGOW
- Er der samtidigt organsvigt?

FV noterer følgende direkte i Clinical v. indlæggelse:

Glasgow score + organfunktion + præcis vægt ved indlæggelse + forventet minimum-diurese næste 6 timer + hyppighed for TOKS + valg af væsketerapi og præcis mængde de næste 6 timer + hvilke blodprøver, der skal bestilles til næste dag + BS-ordination.

FV udregner MAP, hvis systole < 100 .

FV informerer grundigt AMA-sygeplejeske og kir MV om plan.

Begrebet "pancreatit-regime" må **ikke** anvendes!



REGION NORDJYLLAND
- i gode hænder