



Hematemese - melena

D40450

Utgave:
1.02Gjelder fra:
29.07.2025

Side 1 av 5

Hensikt og omfang

Skal sikre pasienter med øvre GI-blødning optimal utredning og behandling.

Ansvar/målgruppe

Leger og sykepleiere som utreder og behandler pasienter med gastrointestinale blødninger (GI).

Grunnlagsinformasjon

- Hematemese er oppkast av blod. Blod som har ligget i ventrikkelen en stund påvirkes av magesyren som gjør oppkastet mørkt eller kaffegrutlignende. Rød frisk hematemese kan derfor være uttrykk for øsofagusblødning eller betydelig blødning fra ventrikkel/duodenum.
- Melena er svart, tjærelignende avføring. Ved betydelig øvre GI-blødning kan blodet passere raskt gjennom tarmen og presentere som frisk rektalblødning/koagler.
- Mortalitet 10 %.

Årsaker

Ulcus pepticum, hemoragisk gastritt/duodenitt, Mallory-Weiss lesjon, øsofagitt, øsofagusvaricer, ulcus simplex, karmalformasjoner, cancer, divertikkelblødning, NSAID's inkludert acetylsalisylsyre-preparater, etc.

Alarmsymptomer

- Betydelig mengde hematemese
- Hyppige uttømminger med melena
- Ustabil pasient med frisk rektalblødning
- Redusert allmenntilstand

De fleste akutte blødninger stanser spontant, men det er relativt stor reblødningsfare ved enkelte tilstander, spesielt øsofagusvaricer.

Handling

Utredning og tidlige tiltak

Anamnese

Tidligere ulcus-sykdom, øsofagusvaricer, øsofagitt, blødningstendens, ASA/NSAID's, kortikosteroider, antikoagulantia, alkohol, levercirrhose, hjertesykdom.

Alvorlighetsgrad

Pasienten skal straks vurderes mht. blødningens alvorlighetsgrad, A/B/C.

Hvis grad A skal man ha lav terskel for også å varsle vakthavende kirurg. Det bør gjøres snarlig endoskopi med evt. terapi. Dette bør gjøres av erfaren skopør.

Klassifisering	Overvåkning	Gjennomføring
Grad A Ved sjokk, presjokk eller andre holdepunkter for betydelig pågående blødning.	<ul style="list-style-type: none"> – Pasienten innlegges intensiv/overvåknings-avdeling. – Alle skal gastroskoperes som Øyeblikkelig hjelp. – 4 enheter blod skal alltid finnes i reserve (kriseblodet som skal ligge klar til bruk på alle divisjoner) 	<p>I samråd med anestesilege og evt. vakthavende gastrokirurg</p> <p><u>Ved divisjon Lillehammer:</u> Skal vakthavende gastrokirurg kontaktes og pasienten overflyttes til kirurgisk avdeling</p>
Grad B Hematemese/melena det siste døgnet, men ikke pågående blødning.	<ul style="list-style-type: none"> – Innlegges medisinsk avdeling – Følg prosedyre: NEWS2 - Ansvar og gjennomføring. Puls og blodtrykk hver time i 4 timer, deretter hver 3. time. – Dersom sonde: Undersøke ventrikkelaspiratet for blod hver 2. time – Hb kontroll 2 ganger i døgnet. – Faste og intravenøs væske. 	<p>Gjennomføres inntil tilstanden har vært stabil i 24 timer.</p> <p>Dersom sonde: blodfritt aspirat i 24 timer</p>
Grad C Hematemese/melena for mer enn 24 timer siden	<ul style="list-style-type: none"> – Innlegges medisinsk avdeling – Følg prosedyre: NEWS2 - Ansvar og gjennomføring. Puls og blodtrykk 4 ganger per døgn. – Hb kontroll 2 ganger i døgnet. – Vanlig kost (faste før gastroskopi). 	<p>Seponeres etter 1-2 døgns stabil tilstand.</p>

- Sikre god intravenøs tilgang (to perifere venekatetre), følg prosedyre: [Perifert venekateter \(PVK\): innleggelse](#) [Perifert venekateter \(PVK\): skylling](#) [Perifert venekateter \(PVK\): stell](#) [Perifert venekateter \(PVK\): fjerning](#) og starte væskeinfusjon. Vanligvis gis Ringer Acetat. **NB:** Hjertesvikt, nyresvikt og hyperkalemi.
- Gi O₂ ved mistanke om alvorlig blødning.

Utgave: 1.02	Hematemese - melena	D40450 Side 3 av 5
-----------------	----------------------------	-----------------------

- Ta blodprøver: Hb, EVF, typing/forlik, INR, trombocytter, albumin, Na, K, kreatinin, ferritin og ev. leverprøver ved mistanke om øsofagusvaricer.
- Bestill SAG (ved behov).
- Ved usikkerhet angående diagnose eller alvorlighetsgrad kan ventrikkelsonde (12-16 French) vurderes. Sonde er ikke aktuelt om pasienten snarlig skal skoperes. Mer aktuelt ved stadig oppkast i situasjoner der man må vente på skopi. For å påvise blødning har sonde sensitivitet på 75 % og spesifisitet på 100 %. Imidlertid er nytten av sonde mer begrenset for å avgjøre om blødning er pågående (sensitivitet 75 %, spesifisitet 55 %).
- Pasient med **pågående** frisk rektalblødning er i prinsippet en kirurgisk pasient
- Rectaleksplorasjon og hemofec utføres. Følg prosedyre: [PNA - HemoFec \(test for blod i fæces\)](#). [Fæces - Blod i fæces \(HemoFec\) \(sykehuspartner.no\)](#)
- 0 pr os eller faste fra midnatt ved mindre alvorlige blødninger..
- Bestille gastroskopi i DIPS.

Medisinsk behandling

- Seponer ASA/NSAID/antikoagulantia. Ev. gi Octaplas/trombocytt-konsentrat.
- Syrehemmende behandling forebygger reblødning og kan også ha effekt mht. å stoppe pågående blødning og påskynde tilheling. (Grade 1A)
 - **Grad A:** Nexium/Somac 40 mg x2 iv, i 72 timer ved høy risiko for reblødning.
 - **Grad B:** Nexium/Somac 40 mg x 2 i.v., revurderes etter skopi.
 - **Grad C:** Nexium/Somac 40 mg x 2 p.o., revurderes etter skopi.

Endoskopi

- Ved grad A skal dette utføres av erfaren skopør og gjøres ø-hjelp.
- Vurder å endoskopere på intensivsen/operasjonstuen, intubasjon bør vurderes. Dersom erfaren skopør ikke er tilgjengelig, må man drøfte overflytting til sykehus i beredskap: OUS/Hamar (ta da kontakt med vakthavende gastroenterolog/-kirurg ved Ullevål/ Hamar).
- Pasient med blødning klassifisert til grad B/C skoperes på Gastrolab. når denne er bemannet.
- Hvis man mistenker mye blod i ventrikkelen kan det gjøres ventrikkelskylling før endoskopi (tykk sonde 24-28 French).
- Vurder erytromycin 3 mg/kg infusjon over 20-30 min, prokinetisk effekt om det gis 30-90 min før skopi. Gir bedre oversikt.
- Angående ventrikkelsonde: Vurder indikasjon nøye ved øsofagusvaricer.
- Ev. sengstakensonde eller varicestent ved øsofagusvaricer.

Gastroskopi

- Pasienter med pulserende- eller siv blødning, synlige kar og i noen tilfeller ved fastsettende koagel, bør skleroseres primært med fortynt adrenalin (2 ml katastrofeadrenalin i 8 ml saltvann) evt. etoxysclerol i små doser, evt. i kombinasjon.
- Annen behandling: Clips, argon plasma koagulasjon eller heater probe er fordelaktig å bruke i tillegg dersom det ligger til rette og behersker teknikken.
- Urasetest tas med evt. påfølgende eradikeringskur dersom det ikke er for mye blod. Testen er mindre å stole på ved samtidig blødning.

Blodtransfusjon

- Obs! ved akutte blødninger kan Hb være normal inntil hemodilusjon inntreffer.
- Vurderes individuelt og uavhengighet av grad.
- Gis ved sjokk.
- Gis ved Hb < 7 g/dL i ved sirkulatorisk stabile pasienter (Grade 1B), evt. høyere verdier ved tilleggssykdom som koronarsykdom (Grade 2B).
Ved formodet større blodtap (utsikt til større blødning) med behov for transfusjon av $\geq \frac{1}{2}$ blodvolum, bør der gis balansert transfusjon med erytrocytter/plasma/plater i forholdet 1:1:1, for eksempel som en transfusjonspakke med 5 erytrocytter, 5 plasma og 2 trombocytter.
Se [Blodbank - Klinisk transfusjonshåndbok](#).

Fortløpende vurdering av NEWS2 (BT, respirasjon og perifer sirkulasjon) er viktig! Følg prosedyre: [NEWS2 - Ansvar og gjennomføring](#)

GI blødning ved kjent levercirrhose (profylakse)

- **Laktulose** gis ved fare for encephalopati: 20 - 40 ml x 4-6 p.o. eller per sonde til avføringshyppighet 2-3 ganger pr døgn.
- **Antibiotika** gis pga. fare for spontan bakteriell peritonitt (Grade 1B): Ciproxin 500 mg x 1 i 1 uke.
- **Albumin** gis ved fare for hepatorenalt syndrom:
 - 1,5 g/kg i.v. dag 1 (i løpet av 6 timer)
 - 1,0 g/kg i.v. dag 3
- Ved alvorlig variceblødning og portal hypertensjon gis **glypressin** (2 mg iv hver 4. time i ett døgn, maks to døgn) eller **octreotid** (Sandostatin 25-50 ug/t i inntil 5 døgn), (Grade 2C).

Behandling som skal vurderes etter skopiundersøkelse/funn

- Mallory Weiss: Ingen spesifikk behandling.
- Øsofagusvaricer
- Ventrikelulcus: Ev. biopsi og helicobakterprøve.
- Duodenalulcus: Helicobactersykdom.
- Helicobakter positiv: Eradikeringsbehandling.
- Ved manglende kontroll på blødning etter skopi skal transarteriell angiografisk embolisering vurderes (coiling). Kontakt vakthavende radiolog på Hamar.

Individuell vurdering av når peroral væske og matinntak kan begynne.

Referanser

[SI/17.09-10](#)

[Gastroskopi - Forberedelse, gjennomføring og observasjon-inneliggende og polikliniske pasienter](#)

[SI/17.16.01-01](#)

[Blodbank - Klinisk transfusjonshåndbok](#)

Utgave: 1.02	Hematemese - melena	D40450 Side 5 av 5
-----------------	----------------------------	-----------------------

SI/17.16.06-01	PNA - HemoFec (test for blod i fæces)
SI/17.27-13	NEWS2 - Ansvar og gjennomføring
SI/17.34-01	Perifert venekateter (PVK): innleggelse
SI/17.34-02	Perifert venekateter (PVK): skylling
SI/17.34-03	Perifert venekateter (PVK): stell
SI/17.34-04	Perifert venekateter (PVK): fjerning

Eksterne referanser

Legehandboka. Hematemese og melena [Internett]. Legehandboka; [oppdatert 8. des 2021; hentet 19. jun 2025]. Tilgjengelig fra: <https://legehandboka.no/premium/handboken/kliniske-kapitler/magetarm/symptomer-og-tegn/hematemese-og-melena>