

## A: Tjekliste: Diuretika titrering, bivirkninger og særlige forhold

	<b>Spirolacton a 100 mg</b>	<b>Furosemid a 40 mg</b>										
<b>Trin 1</b>	1	0										
<b>Trin 2</b>	2 (1)	1										
<b>Trin 3</b>	2	2										
<b>Trin 4</b>	3	2										
<b>Trin 5</b>	4	4										
<b>Trinskift</b>	1 trinskift per besøg ved op og nedtitrering											
<b>Optitrerings interval</b>	1-2 uger											
<b>Behandlingsmål</b>	Stabil vægt uden væsentlig ascites og/eller deklive ødemer Reduceret tapningsbehov Maksimalt væggtab på ½ kg dagligt (1 kg ved deklive ødemer) Spændt ascites → drænage											
<b>Monitorering (optitreringsfasen)</b>	Vægt 1-2 uger blodprøver (Na, K, kreatinin, karbamid)											
<b>Monitorering (vedligeholdelsesfasen)</b>	Vægt 1-3 mdr. blodprøver (Na, K, kreatinin, albumin, INR, leverenzymmer, CRP, hæmoglobin og leukocytter)											
<b>Opmærksomhedsgrænser</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th><b>Situation</b></th> <th><b>Handling</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kreatinin over normalområdet og/eller stigning &gt; 50% over baseline</td> <td>Reduktion eller seponering af diuretika skal overvejes</td> </tr> <tr> <td>Na &lt; 130 mmol/l</td> <td>Reduktion eller seponering af diuretika skal overvejes</td> </tr> <tr> <td>K &gt; 5,0 mmol/l</td> <td>Reduktion eller seponering af spironolacton eller øgning af furosemid skal overvejes</td> </tr> <tr> <td>Tvivl om tilstedeværelse af ascites</td> <td>Ultralyd</td> </tr> </tbody> </table>		<b>Situation</b>	<b>Handling</b>	Kreatinin over normalområdet og/eller stigning > 50% over baseline	Reduktion eller seponering af diuretika skal overvejes	Na < 130 mmol/l	Reduktion eller seponering af diuretika skal overvejes	K > 5,0 mmol/l	Reduktion eller seponering af spironolacton eller øgning af furosemid skal overvejes	Tvivl om tilstedeværelse af ascites	Ultralyd
<b>Situation</b>	<b>Handling</b>											
Kreatinin over normalområdet og/eller stigning > 50% over baseline	Reduktion eller seponering af diuretika skal overvejes											
Na < 130 mmol/l	Reduktion eller seponering af diuretika skal overvejes											
K > 5,0 mmol/l	Reduktion eller seponering af spironolacton eller øgning af furosemid skal overvejes											
Tvivl om tilstedeværelse af ascites	Ultralyd											
<b>Hyppigste bivirkninger</b>	<b>Spirolacton</b>	<b>Furosemid</b>										
	Hyperkaliæmi Hyponatriæmi Gynækomasti Lægekramper	Hypokaliæmi Hyponatriæmi Lægekramper										

<b>Tjekliste ved besøg</b>	<p>Vægt</p> <p>Tilstedeværelse af ascites vurderet med objektiv undersøgelse registreres (0 = ingen, 1 = ikke spændt, 2 = spændt)</p> <p>Instruktion i saltfattig diæt (- lakrids) og udlevering af diætark (bilag B).</p> <p>NSAID skal seponeres. Seponering af ACE-hæmmer, ATII blokker og betablokker skal overvejes.</p>
<b>Handling ved manglende respons</b>	<p>Bestemmelse af døgnurin natrium udskillelse.</p> <p>Gentag diæt-instruktioner.</p> <p>Medicinanamnese (compliance, ny medicin inkl. håndkøbsmedicin).</p> <p>Anbefal 1 times hvile (liggende eller siddende med benene på en skammel) efter indtag af diuretika.</p> <p>Tapning ved spændt ascites og overveje tiltag som anført under refraktær ascites.</p>
<b>Tolkning af døgnurin natrium udskillelse</b>	<p>&gt; 90 mmol/døgn – yderligere reduktion af saltindtag kan reducere ascitesmængden</p> <p>&lt; 90 mmol/døgn - yderligere reduktion af saltindtag uden effekt på ascitesmængden</p> <p>20-80 mmol/døgn trods diuretisk behandling = diuretika resistent ascites</p> <p>&lt; 20 mmol/døgn – ingen effekt af diuretisk behandling</p>
<b>Særlige forhold</b>	
<b>Anvendelse af betablokade</b>	Overveje reduktion af dosis eller seponering, særligt ved nyrepåvirkning og/eller lavt blodtryk.
<b>Spontan bakteriel peritonitis</b>	Profylaktisk antibiotika (ciprofloxacin 500 mg dagligt), bør påbegyndes efter 1. episode. Kan overvejes ved lavt ascites protein < 15 g/l.