

Gäller för: Medicinklinik

Giltig från: 2026-02-25

Innehållsansvar: Maria Teresa "Maite" Gil Gonzalez, (margi18), Överläkare

Giltig till: 2028-02-25

Granskad av: Adel Bader Hamdalla, (adeba), Överläkare

Godkänd av: Maria Teresa "Maite" Gil Gonzalez, (margi18), Överläkare

# Peritonit vid peritonealdialys

## Sammanfattning

I detta dokument finns information om handhavande vid anläggande, byte av förlängning, behandling vid peritonit och exit-site infektioner etc.

## Förändringar sedan föregående version

### Innehållsförteckning

Peritonit vid peritonealdialys .....	1
Sammanfattning .....	1
Förändringar sedan föregående version .....	1
Förutsättningar .....	2
Genomförande .....	2
PD-patienter med misstänkt peritonit jourtid.....	2
Provtagning vid misstänkt PD-peritonit .....	3
Behandling av PD-peritonit .....	4
Administrering av antibiotika i PD-påsar .....	5
Åtgärder vid misstanke om kontamination av PD-påse, kopplingar eller aggregat.....	5
Hantering av kontamination i samband med resa där avsteg från rutin görs.....	6
PD – aggregatbyte.....	6
Vid misstanke om läckage av PD-vätska via tunnelering.....	7
Antibiotikaproylax.....	8
Dokumentinformation.....	8
Referens-/länkförteckning .....	8

## Förutsättningar

Dialysbehandling är en livsuppehållande behandling vid avancerad njursvikt. Peritonealdialys (PD) utförs via en kateter som opereras in i fri bukhåla. PD är en form av hemdialys. När det gäller val av dialysform så sker detta individuellt i samråd mellan patienten och ansvarig läkare. För de flesta patienter finns stora fördelar med PD jämfört med hemodialys (HD) och PD är därför förstahandsvalet när det gäller att välja dialysform för patienterna.

PD sköts av patienten själv, särskilt utbildad personal eller i undantagsfall anhöriga.

För alla patienter som står på väntelistan för njurtransplantation och som får en akut sjukdom, exempelvis peritonit, ska kontakt tas med koordinatören på SU i Göteborg. Detta för att patienten tillfälligt ska tas ner från väntelistan så att man undviker onödigt merarbete.

Telefonnummer dagtid 031-342 79 29 alternativt 031-342 7040, under helger och kvällstid eller när telefonen är stängd ring växeln SU 031-342 1000 och be att få tala med jourhavande transplantationskoordinator och uppge akut tjänsteärende från sjukvården.

## Genomförande

### PD-patienter med misstänkt peritonit jourtid

För att undvika onödig väntetid för patienterna ska dessa vid peritonit eller misstanke härom utan fördröjning gå till Lung-Gastro-Njuravdelning (LGNA) för snabb diagnostik och insättande av behandling.

Det bästa är att patienten efter kontakt med sköterska på LGNA går direkt från hemmet till avdelningen. Be patienten ta med det senaste urtappade dialysatet från hemmet om möjligt för att påskynda diagnostik.

Jourhavande medicinläkare ska omedelbart kontaktas för inskrivning och kontroll av att gällande föreskrifter följs.

Njurjouren skall så snart som möjligt kontaktas. Om njurjouren inte anträffas sätts behandling in av medicinjour enligt riktlinje.

### Symtom vid PD-peritonit

- Grumlig peritonealvätska.
- Buksmärtor och/eller lättare obehagskänsla i buken. Diarré. Kan likna en ”vanlig magsjuka”.

- Feber kan, men behöver inte, föreligga.

Alla symtom behöver inte förekomma samtidigt och symtomen behöver inte heller vara uttalat svåra.

**Alternativa diagnoser kan vara appendicit, divertikulit, cholecystit eller pankreatit. Vid tveksamhet, kirurgkonsult.**

Vid misstanke om peritonit vid APD-behandling ska manuellt byte utföras och patienten får lov att komma in till LGNA.

## Provtagning vid misstänkt PD-peritonit

### Provtagningsrutin

1. Töm ut den inneliggande dialysvätskan på vanligt sätt. Odling tas från nyurtappad PD-vätska. Flushning av eventuellt tillsatt antibiotika får inte förekomma före provtagning.
2. Påsens provtagningsport tvättas med 70-procentig sprit.
3. Ta odling på varm dialysvätska enligt Bact Alert blododlingssystem, en aerob och en anaerob.
4. De två flaskorna skickas sedan till Mikrobiologiska laboratoriet.  
REMISS: Mikrobiologi. Markera Dialysvätska.  
SKRIV: PD-vätska, misstänkt peritonit.  
Ange ordinerande läkares VGR-ID.
5. Fyll ett EDTA-rör. Labbordination i Melior, DV-leukocyter.  
LPK-prov kan tas på medhavd grumlig vätska för att påskynda diagnostik.
6. Blodprover: H3, P4+fosfat+koldioxid, CRP tas.
7. Om patienten är högfebril och allmänpåverkad, odla även från blod och urin.
8. Inspektera och odla från kateterutgång.
9. Vikt tas vid inkomst och därefter dagligen.

### Tolkning av LPK-svar från dialysvätskan

Om LPK är mindre än  $0,1 \times 10^9/L$  talar detta mot peritonit.

Om LPK är mer än  $0,1 \times 10^9/L$  och poly är mer än mono talar detta för en ”vanlig” bakteriell peritonit.

Vid övervägande monocytos misstänk svamp TB eller annat. Be om direktnmikroskopi.

Eosinofil peritonit kan också förekomma strax efter kateterinläggning. Då ses förhöjt antal vita i dialysvätskan och eosinofiler är då över 10 %. Eosinofil peritonit är sällsynt.

**OBSERVERA:**

Vätskan ska ha legat i buken minst en timme innan provtagning, **men vid allmänpåverkad patient ska behandling sättas in snarast. Fördröj aldrig insättandet av antibiotika.**

## Behandling av PD-peritonit

### Initial behandling (dag 0)

Ge alltid följande behandling intraperitonealt i ett påsbyte med minst 6 timmars dwelltid:

#### **Vancomycin 2g och Ceftazidim 1,5g**

Övriga påsbyten är antibiotikafria.

### Dag 1-2:

I väntan på odlings svar ges Ceftazidim 1,5g ip en gång/dygn. Gör uppehåll med Vancomycin.

### Dag 3 om odlings svar saknas: Vancomycin 500mg och Ceftazidim 1,5g

Fortsatt behandling skall sedan individualiseras på LGNA med avseende på behandlingstid och antibiotikaval beroende på odlings svar och patient.

Se även avsnitt angående administrering av antibiotika i PD-påsar.

### **Vancomyconcentration tas dag 3 för att rätt dos ska ordineras.**

**Vancomyconcentration bör ligga mellan 15-20 mg/l.**

### Till septiskt påverkad patient

Ge Ceftazidim 1,5 g och Vankomycin 2 g intravenöst. **Observera att Vankomycin inte ska ges dagligen. Observera att blododling tas innan antibiotika administrering.**

Vid allergier och andra oklarheter se ”[PD-Peritoniter vid PD](#)” som utarbetats i Göteborg. Där kan man även läsa om behandlingsstrategier för olika bakterier.

Poliklinisk behandling kan initieras av njurjour eller nefrolog på LGNA. Patienten kan då förses med påsar för högst 3 dagars förbrukning. Det går bra att blanda två medel i samma, exempelvis Vankomycin och Ceftazidim. Man måste dock se till att påsens innehåll blandas noga mellan de båda medlen.

## Administrering av antibiotika i PD-påsar

- Ta fram aktuell PD-påse
- Ta fram sprayflaska med 70-procentig sprit
- Ta fram och förbered antibiotikan
- Spädning, se respektive preparat
- Öppna PD-påsens ytterförpackning
- Placera PD-påsen på ett spritat underlag eller låt den ligga kvar på underdelen till ytterförpackningen
- Byt till ny kanyl på antibiotika beredningen.
- Sprita med 70-procentig sprit på injektionsporten och tillsätt antibiotikan, var försiktig så att inte injektionsnålen perforerar plasten
- Blanda PD-påsen noga efter tillsättningen
- Noggrann handhygien och ett sterilt handhavande under tillsättningen

### **Vid mycket grumligt dialysat eller fibrin som orsakar långsamma flöden**

Om dialysatet är mycket grumligt tillsätts Heparin 5000 E/ml 0,25 ml per 2 liters påse.

Obs! Tvätta injektionsporten noga med 70-procentig sprit innan tillsatts.

### **Mot smärta**

Vid lindrig smärta kan man ge exempelvis Paracetamol. Vid svårare smärta Ketobemidon (Ketogan®).

## Åtgärder vid misstanke om kontamination av PD-påse, kopplingar eller aggregat

**Koppling/påse är kontaminerad men aggregatklämman till buken har aldrig öppnats.**

Om påsens koppling är kontaminerad. Släng påsen och ta en ny. Ingen ytterligare åtgärd.

Om aggregatkopplingen är förorenad. Byt aggregat enligt avsnitt ”[PD-aggregat byte](#)”. Ingen antibiotika eller ytterligare åtgärd.

**Koppling/påse är kontaminerad, klämman till buken möjligen öppnad, osäkert om dialysvätska runnit in alternativt läckt vid urtappning eller helt säker eller stark misstänkt kontamination som skett nyligen, men symptomfri patient.**

Byt aggregat. Se avsnitt ”[PD-aggregat byte](#)”. Ge antibiotika i form av Ceftazidim 2 g och Vankomycin 1 g intraperitonealt i ett 6-timmarsbyte. Dialysjour och PD-mottagning måste informeras om detta sker under jourtid för att sköta uppföljning av patienten de närmaste dagarna med eventuell odling och kontroll av CRP.

### **Kontamination längre tillbaka i tiden och patient med symptom.**

Dessa patienter handläggs enligt avsnitt, ”Provtagning vid misstänkt PD-peritonit” samt ”Behandling av PD-peritonit”.

## **Hantering av kontamination i samband med resa där avsteg från rutin görs**

I samband med kontamination rekommenderas **alltid** patienten ta kontakt med PD-mottagningen alternativt LGNA för byte av aggregat alternativt vid resa annan närliggande PD-enhet.

I det fall patienten inte har möjlighet att få aggregatet bytt kan avsteg från rutinen göras under förutsättning att patienten har instruerats enligt nedan och har material för detta tillgängligt.

Patientinformation [Peritonealdialys – kontamination i samband med resa](#)

Denna instruktion är menad till patienter som skall ut och resa där ett eventuellt aggregatbyte vid kontamination är omöjligt att utföra. Instruktion lämnas i handen efter genomgång med PD-sjuksköterska tillsammans med ett ”rese kit”. Denna instruktion skall ej hanteras av personal på sjukhuset.

## **PD – aggregatbyte**

Kateterförlängningsbyte, aggregatbyte, sker enligt rekommendationer på PD-mottagningen med 6 månaders mellanrum. Byte ska även göras vid defekt eller skadat aggregat samt vid kontamination av aggregatet se avsnitt ”Åtgärder vid misstanke om kontamination av PD-påse, kopplingar eller aggregat”.

**Aggregatbyte utförs endast av person som är väl förtrogen med PD-behandling samt har fått genomgång av följande instruktioner:**

### **Ta fram**

- Nytt aggregat (kateterförlängning). Förvaras i PD-förråd på LGNA-
- Dialys tvättset.
- 70 % sprit (från läkemedelsrum).

- Sterila handskar.
- Jodhatt.
- Omläggingsmaterial.

### Tillvägagångssätt

- Tvätta och sprita händerna.
- Duka upp på sterilt underlag från tvättsetet: kateterförlängning, kompresser, jodhatt, fyll plastbägare med 70 % sprit, samt omläggingsmaterial.
- Ta av förband och sprittvätta området under förbandet.
- Sprittvätta katetern innanför förlängningen och sätt på plastpeang för att förhindra utflöde av dialysvätska.
- Klä patientens mage med pappersduk från tvättset.
- Ta på sterila handskar
- Lägg kompress runt kopplingen när den ska öppnas och tänk på att vara tyst när aggregatet tas bort.
- När det gamla aggregatet är borttaget rengör mekaniskt med spritindränkt kompress samt **doppa kateteröppningen i en av plastskålarna med 70-procentig sprit minst 1-2 minut.**
- Koppla på det nya aggregatet. Se till att det är ordentligt åtskruvat. Stäng aggregat klämman och sätt på jodhatt. Ta bort peangen.
- Gör eventuellt omläggning med Klorhexidinsprit 5 mg/ml efter aggregatbytet då Klorhexidin inte får lov att komma i kontakt med bukhinnan.
- Anteckna LOT- nummer på det nya aggregatet i patientjournalen, Melior.
- Vid defekt aggregat sparas aggregatet i påse och lämnas till PD-sjuksköterska för reklamation.

### Vid misstanke om läckage av PD-vätska via tunnelering

- Kontroll av eventuellt läckage kan göras med urinsticka för att bekräfta förekomst av glukos i det blöta förbandet.
- Vid läckage söks njurjour för ordination av antibiotika, Ceftazidim 1,5 mg och Vanco 1 g iv som engångsdos. Dialysvätskan tappas ur buken. Behandlingsuppehåll nödvändigt.

## Antibiotikaprofylax

**Urologiska, gynekologiska och gastroenterologiska ingrepp:** Dessa ingrepp kan ge bakteriemi eller bakterieläckage till bukhålan. 1-2 timmar före ingrepp ges T. Ciprofloxacin® 500 mg och T. Flagyl® 400 mg i engångsdos som profylax. Dialys-vätskan ska tappas ut före ingreppet

## Dokumentinformation

För innehållet svarar

Ulrica Holm, sektionsledare, Njursektion, Medicinkliniken SÄS

Maria Teresa ”Maite” Gil Gonzalez, överläkare, njursektion Medicinkliniken SÄS

## Referens-/länkförteckning

1. PD- Peritonit vid PD (SU)

<https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/su9803-2137832294-180/surrogate/Peritoniter%20vid%20PD.pdf>

2. Peritonealdialys – kontamination i samband med resa

<https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/SOFIA/SAS9660-1154164603-40/SURROGATE/Peritonealdialys%20e2%80%93%20kontamination%20i%20samband%20med%20resa.pdf>

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Riktlinje

**Gäller för:** Medicinklinik

**Innehållsansvar:** Maria Teresa "Maite" Gil Gonzalez, (margi18),  
Överläkare

**Granskad av:** Adel Bader Hamdalla, (adeba), Överläkare

**Godkänd av:** Maria Teresa "Maite" Gil Gonzalez, (margi18),  
Överläkare

**Dokument-ID:** SAS9660-1154164603-41

**Version:** 6.0

**Giltig från:** 2026-02-25

**Giltig till:** 2028-02-25