

Gäller för: Akutmottagning NÄL

Giltig från: 2025-01-19

Innehållsansvar: Divyen Sisodia, (divsi1), Överläkare

Giltig till: 2027-01-19

Granskad av: Divyen Sisodia, (divsi1), Överläkare

Godkänd av: Daniel Vestberg, (danve1), Överläkare

Ascitestappning på Akutmottagningen NÄL

Bakgrund

Ascites uppkommer framförallt sekundärt till dekompenenserad levercirros men kan även framträda vid peritoneal carcinos och hjärtsvikt. För att bekräfta ascites utredningsmässigt är bedside ultraljud föredraget och enkelt utförd med lite erfarenhet. Klassiskt vågskvalp är endast tillförlitligt vid stora mängder av ascites.

Möjliga komplikationer till ascites är hepatorenalt syndrom, spontan bakteriell peritonit, leverencefalopat m.fl.

Indikationer för ascitestappning

- Bedömning och provtagning av nyupptäckt ascites.
- Provtagning av ascitesvätska vid klinisk försämring och buksmärta eller feber m.fl.
- Symtomlindring.

Relativa kontraindikationer för ascitestappning

- Tidigare svårtappade patienter där radiologiskt stöd krävts (exempelvis vid mycket bukadherenser eller där tarmslyngor legat dikt an mot bukväggen).
- Ökad blödningsrisk:
 1. PK >3
 2. blodsjukdom
 3. TPK <50
 4. DOAK – överväg nytta kontra pausa och utföra senare

Förberedelser

- patientskjorta
- underlägg under patienten
- PVK (blå 0,9 mm)
- Klorhexidinsprit, färgad 5 mg/ml
- omläggningssset + stora sterila tork
- absorberande förband 10 x10 cm x 2
- sterila kompresser 10 x10 cm x 3 förpackningar
- Flexitruk
- Drainfix: täckande förband
- Xylocain 10 mg/ml (eller Carbocain 10 mg/ml) 5 - 10 ml
- 1st intramuskulär kanyl (svart)
- 4st uppdragningskanyler (rosa)
- 10 ml spruta
- ascitesdrän
- mellankoppling med trevägskran mellan ascitesdrän och KAD-påse
- tömningsbar KAD-påse
- sterila handskar
- ev. hålduk
- 2st odlingsflaskor (1 grön och 1 orange)
- tom 250 ml NaCl-flaska (helst) eller urinrör
- lila rör

Åtgärder

- Undersök område med ultraljud med hjälp av bukprobe. Förslagsvis vänster fossa.
- Markera område med längst avstånd till tarmar. Notera även djupet till tarm för egen skull.
- Tvätta med Klorhexidinsprit.
- Bedöva ordentligt ytligt i huden (svart nål) med Xylocain 10 mg/ml eller Carbocain 10 mg/ml. Fortsätt därefter på djupet och skifta mellan att aspirera och bedöva. Försök att bedöva i peritoneum. Notera att det inte alltid går att aspirera ascitesvätska (med svart nål) om denna skulle vara något mer trögflytande.
- Byt till ascitestappningskanyl. För in i samma riktning som ovanstående. När ascitesvätska nås stabiliseras kanylen medan plastslangen förs in på djupet.
- Ta prover.
- Koppla ”mellankoppling med trevägskran” och KAD.

- Fäst tappningskanylen med ”Drainfix”. Fäst ”mellankoppling med trevägskran” med Flexitrak.
- Täck Drainfix med ytterligare torrt förband.

Omhändertagande av patient med ascitesdrän

- Blodtryck och puls tas för var 2,5 L som tappas.
- Albumin 20 g (100 ml) administreras per 2,5 L ascitesvätska som tappas.
- Sängläge tills motsvarande albumininfusioner är givna.
- Dränet ska hållas öppet under hela tappningen och får sitta i max 6h.

Avseende tolkning av ascitesceller

Om Ascites LPK poly-celler är över 0,25 så misstänks spontan bakteriell peritonit och iv antibiotika ges i väntan på odlings svar. Ascites LPK poly beräknas utifrån totalantal LPK i ascites samt den procentfördelning poly/mono som anges i svaret från Klin kem lab. Rapportera till avdelningen att detta provsvar ska bevakas.

Odling Punktat ascites/bukvätska

2 st. odlingsflaskor – en aerob odling (grön) och en anaerob odling (orange)

BESTÄLLNINGSBANKETT KLINISK MIKROBIOLOGI
 Laboratoriemedicin, NU-sjukvården, Norra Älvsborgs Länsjukhus
 461 85 TROLLHÄTTAN Tel: 010-435 30 30 Fax: 010-435 70 89

900514

Svarsmottagare: (fullständig adress)

Patientdata:

Debitering (om ej svarsmottagaren) Provtdatum (år, mån, dag, klockslag) Lab. nr

Provtagare (om ej svarsmottagaren) Remitterande läkare (VGR-Id)

Provolokalt:

Kliniska data (anamnes, antibiotika/annan behandling, allergi)

Blododlingsflaskor

Blod _____ Barcode aerob

Likvor _____ Barcode anaerob

Snabb likvor-PCR (Filmarray)

Punktat ascites _____
 (Pleura, ledvätska, sterila lokaler)

Inhemsk eller Smittland:

<p>Urinodling</p> <p><input type="checkbox"/> Mittstråleprov</p> <p><input type="checkbox"/> KAD</p> <p><input type="checkbox"/> Blåspunktion</p> <p><input type="checkbox"/> Engångskat</p> <p><input type="checkbox"/> Annat</p> <p>Blåstid:</p> <p>Nitrit:</p> <p><input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg</p> <p>Antigen i urin:</p> <p><input type="checkbox"/> Pneumokock</p> <p><input type="checkbox"/> Legionella</p>	<p>Odling sår m</p> <p><input type="checkbox"/> Ytlig inf</p> <p><input type="checkbox"/> Djup inf</p> <p><input type="checkbox"/> Bensår</p> <p><input type="checkbox"/> Postop sår</p> <p><input type="checkbox"/> Trycksår</p> <p><input type="checkbox"/> Bett</p> <p><input type="checkbox"/> CVK/CDK</p> <p><input type="checkbox"/> Abscess</p> <p><input type="checkbox"/> Öga</p> <p><input type="checkbox"/> Öra</p>	<p>Odling luftvägar</p> <p><input type="checkbox"/> Svalg</p> <p><input type="checkbox"/> Nph Allmän</p> <p><input type="checkbox"/> Sputum</p> <p><input type="checkbox"/> Sinus/Bihåla</p> <p><input type="checkbox"/> Borste</p> <p><input type="checkbox"/> BAL</p> <p><input type="checkbox"/> Bronskölvätska</p> <p><input type="checkbox"/> Trakealsekret</p> <p>Övrigt luftvägar</p> <p><input type="checkbox"/> Influenza A/B/RS-virus</p> <p><input type="checkbox"/> Atypiska luftvägsbakterier (PCR)</p>	<p>Fecesanalyser</p> <p><input type="checkbox"/> Bakteriell gastroenterit-PCR</p> <p><input type="checkbox"/> Halsokontroll</p> <p>Övriga faecesprov</p> <p><input type="checkbox"/> Norovirus</p> <p><input type="checkbox"/> Clostridium diff toxin</p> <p><input type="checkbox"/> Rota/Adenovirus</p> <p><input type="checkbox"/> Helicobacter pylori antigen</p> <p>Multiresistenta bakterier</p> <p><input type="checkbox"/> MRSA (näsa, svalg, perineum)</p> <p><input type="checkbox"/> MRSA (annan lokal)</p> <p><input type="checkbox"/> ESBL</p> <p><input type="checkbox"/> VRE</p>	<p>STI/Genitalprov</p> <p><input type="checkbox"/> Klamydia/Gonokock(PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Gonokockodling</p> <p><input type="checkbox"/> Allmän odling</p> <p><input type="checkbox"/> GBS odling</p> <p>Provolokalt:</p> <p><input type="checkbox"/> Urin (första 10 mL)</p> <p><input type="checkbox"/> Vagina</p> <p><input type="checkbox"/> Cervix</p> <p><input type="checkbox"/> Uretra</p> <p>Övriga prov</p> <p><input type="checkbox"/> Jästsvamp</p> <p><input type="checkbox"/> Helicobacter pylori/odling</p> <p><input type="checkbox"/> Direktmikroskopi</p>
---	---	--	--	--

Cytologi

En tom NaCl-flaska (helst) eller ett urinodlingsrör

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
NU-SJUKVÅRDEN

Remiss ALLMÄN CYTOLOGI (ej gyn)

Remitterande inrättning *Pat data*

Snabbsvar tel nr fax Kopia till

Svar före datum

Klinisk data, frågeställning
Ascites tappning

Viktigt!
Skriv ej i detta fält
Remissen scannas
(använd starkt färgtryck)

Biobankslagen

Nej, patienten samtycker **inte** till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas.

Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.

Remitterande läkare Sign

Sputum I II III enstaka prov Urin I II III enstaka prov Spritfix

Bronkialskölvätska Blåsskölvätska Luftfix

Pleuravätska Borstprov från

Ascites Punktat från *Ascitesvätska*

Övrigt ■ Antal glas Provtagningsdatum

Laboratoriets anteckningar (skriv **inte** i fältet nedan, remissen datorbehandlas)

Cyt ass sign Läkare sign

Patologkliniken Telefon 0520-918 97 Sekreterare
Cytologlaboratoriet 0520-918 96 Cytologlab
NU-sjukvården Fax 0520-99 265

461 85 TROLLHÄTTAN

900487 09.10

ALLMÄN CYTOLOGI

Celler

Ett lila rör

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

REMISS-ALLMÄN

Rem nrättning, klinik, avd/mott	Persnr Namn Adress		
Till <i>Kemlabb</i>	Tel bost Tel arb		
Remiss utfärdad i samband med: <input type="checkbox"/> Telefonrådgivning <input type="checkbox"/> Utskrivning från sluten vård	Överkänslighet, spec noteringar		
Sjukhistoria, status <i>* celler * albumin (eventuellt) analys</i>	Tidigare remiss		
Diagnos			
Frågeställning, åtgärd, önskad undersökning <i>Analys enl ovsn på akutes vätska</i>			
Förflyttning <input type="checkbox"/> går <input type="checkbox"/> stol <input type="checkbox"/> bär <input type="checkbox"/> säng	Undersökes <input type="checkbox"/> i säng <input type="checkbox"/> på avd	Förband får <input type="checkbox"/> avlägsnas <input type="checkbox"/> ej avlägsnas	Ange datum och tid för ev. provtagning datum kl
Datum	Underskrift		
Svar			

100485

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Akutmottagning NÄL

Innehållsansvar: Divyen Sisodia, (divsi1), Överläkare

Granskad av: Divyen Sisodia, (divsi1), Överläkare

Godkänd av: Daniel Vestberg, (danve1), Överläkare

Dokument-ID: NU10032-1320169253-384

Version: 3.0

Giltig från: 2025-01-19

Giltig till: 2027-01-19