

Ascitestappning och ascitesdränage på Kirurgkliniken

Bakgrund

Ascites kan vara ett symptom på ett flertal olika sjukdomstillstånd. Den vanligaste orsaken är leversjukdom med portal hypertension, vanligtvis levercirrhos. Malignitet, oftast med spridning till peritoneum, är en annan orsak och så även hjärtsvikt. Utöver detta finns ett flertal ovanliga orsaker till ascites, t.ex. portavenstrombos, levervenstrombos och nefrotiskt syndrom. För att bekräfta ascites utredningsmässigt utförs framförallt bedside ultraljud eller CT buk.

Ascitestappning ska utföras då det finns behov av diagnostik t.ex. vid förstagångsascites eller misstanke om spontan bakteriell peritonit samt för symptomlindring.

Tabell 1. Olika dränageformer för ascites

Ascitesdrän med t.ex. cystofixtappningsset	Läggs genom hudkostym, ev. sutur och förband	Genomförs inom NU-sjukvården (mottagningar/avdelningar)
Ascitesdränage med pigtail	Läggs genom hudkostym, in i bukhålan mha ultraljud och fixeras med trådlås och Skaterfix förband	Genomförs inom NU-sjukvården (radiologen)
PeritX- dränage	Tunnelerad kateter förlångtidsbehandling som läggs genom hudkostym, in i bukhåla mha av ett litet kompletterande hudsnitt för tunnelering samt suturering	Genomförs inom NU-sjukvården (palliativa enheten)

Sammanfattning/syfte

Syftet med denna skrift är att tydliggöra bakgrunden, syftet och hantering/skötsel av ascitesdränage på vårdavdelning samt utanför sjukhuset.

Utredning

Innan ett ascitesdränage anläggs bör följande ha genomförts:

- Verifiera ascites via röntgen antingen med datortomografi, ultraljud eller klinisk undersökning.
- Bedömning av koagulationsstatus/blödningsrisk och behov av utsättning av AK-behandling.

Förberedelser

- Rutinprover: LPK, CRP, Na, K, Krea, Hb, TPK, PK/APTT
- Patienten ska ha en fungerande kärlaccess
- Patienten behöver ej vara fastande för inläggning av ascitesdrän
- Patienten behöver ej duscha före inläggning av ascitesdrän
- Ta vikt på patienten innan tappning
- Remitterande läkare ordinerar prover/odlingar/cytologiprover och skriver cytologiremiss samt remiss för önskad analys
- (ascitesvätskaanalys och allmän odling tas som regel alltid) (se tabell 1).
- Omvårdnadspersonal förbereder ev. remisser för analys av aspirat (se tabell 1)
- Adekvat smärtlindring ska ordineras vid behov i Melior (Anvisning: dräninläggning)
- Albumin ska ordineras i Melior som en vid behovs ordination.
- Anvisning: Albumin (lösning 200 g/L) doseras 8 g per liter tappad ascites om 5 L eller mer tappas. Albumindosen beräknas utifrån totalmängd tappad ascites. Albumintransfusion ska påbörjas redan under pågående tappning, när det är tydligt att mer än 5 L ascites kommer att tappas.

Dräninläggning på radiologen

- Remiss för ultraljudsledd ascitestappning/ -dränage utfärdas i Melior av läkare
- Följ riktlinjer för remissutfärdande och bedömning/ justering av antikoagulantia i sjukhusövergripande rutin med Dokument-ID: NU10092-2087047004-219 [Koagulationsstatus vid perkutana interventioner](#)
- Remisser för analys av vätska ska skickas med patienten ned till röntgen, de tar proverna och märker upp vätskan och det lämnar till laboratoriet dagtid. På jourtid skickas remiss och prover med patienten till avdelningen.
- Transporteras i säng.

Dräninläggning på mottagning/avdelning

- För patienter med ascites som vårdas inom palliativa enheten följs Dokument-ID: NU10087-2061947641-9 vid [Buktappning](#)
- För tappning på övriga mottagningar/avdelningar följ förberedelserna och stäm av med ansvarig läkare/personal gällande förberedelse och val av material/utrustning.

Patientinformation

Informera patienten om varför ascitesdränage anläggs och behandlingstid. Informera även om hur det kommer anläggas och dess placering på kroppen, vanligaste punktionsställe är vänster flank/fossa. Buktappningen genomförs under sterila förhållanden, patienten är sängliggande och läkare tvättar stickområdet. Efter lokalbedövning av hud och bukhinna införes en grov PVK, skaternål, Cystofix eller pigtailkateter till bukhålan och katetern kopplas till en uribag eller hänger ned i en hink med volymsgradering. Man bör förbereda patienten för att en viss smärta kan uppkomma i samband med inläggandet av dränaget. Läkaren som genomför interventionen och inläggandet kommer ge lokalbedövning på plats men aktuellt att ge patienten ytterligare förebyggande premedicinering i form av smärtlindring.

Provtagning

Prover skickas direkt från röntgen till laboratoriet men inte på jourtid, då skickas remiss och prover åter med patienten till avdelningen.

Om man glömmer att skicka med remiss och etiketter med patienten så brukar röntgen skicka med en spruta med aspirat upp när patienten återvänder till avdelningen. I sådant fall ska avdelningen själv markera upp prover med aspirat och sedan skicka till laboratoriet. Fyll i anamnes och önskad analys på remisserna, kontrollera patientens namn, personnummer och att provtagningsetiketter är korrekt ifyllda. Dokumentera skickad provtagning i Melior under Planering- provtagning.

Om samtida cytostatikabehandling, följ särskilda avfallsrutiner och skyddsanvisningar.

Tabell 2. Prover som kan vara aktuella för analys av ascitesvätska

Analys: Albumin, LPK, Poly & Mono-celler i ascitesvätska (ev. amylas)	EDTA 5 ml lila/svart rör & allmänremiss
Odling	1 par blododlingsflaskor (en aerob odling (grön) och en anaerob odling (orange)) med 5 ml ascites i varje & vanlig gul remiss
Cytologi	Sterilt koniskt rör utan tillsats (Falconrör 50 ml) & cytologi-remiss. Ej mer än 50 ml ascitesvätska.

OBS! Val av remiss och material kan ändras under tid, dubbelkolla nedan information med regional analyslista vid provtagning.

Behandling

Ascitesdränage kräver regelbunden observation för att garantera funktion.

Efter inläggning

När ascitesdränaget är inlagt på röntgen medföljer ett omvårdnadsdokument i pappersform patienten som ska läsas av ansvarig sjuksköterska. I dokumentet anges om dränaget är stängt/öppet samt ev. omvårdnadsåtgärder eller komplikationer.

Vid ankomst till avdelningen

- NEWS vid ankomst – följ åtgärdstrappan.
- NEWS tas även för var 2,5 L som tappas ut och/eller vid yrsel andra tecken på cirkulatorisk påverkan.
- Regelbunden observation av mängden tappad ascites då eventuellt behov av albumininfusion kan behöva administreras.
- När patienten fått sitt ascitesdränage gäller över lag lugn livsföring.
- Observera dränage avseende fixering, läge, märkning och uppsamlingspåse. Komplettera med en Flexitrack för slangfixering.
- Patienten får gå på toaletten, värdera risk och hjälpbehov.

Skötsel av ascitesdränage på sjukhus

- Följ basala hygienrutiner.
- Ascitesdränaget skall observeras minst en gång per pass, förslagsvis vid passbyte.
- Kontrollera slangar och uppsamlingspåse – slangarna skall inte vara tvinnade, knickade eller vikta då detta motverkar dränagets funktion.
- Uppsamlingspåse skall vara markerad som ”Ascitesdränage” för att motverka eventuell förväxling.
- Insticksstället skall kontrolleras efter problem som t.ex. läckage, infektionstecken, värmeökning, svullnad och ökad smärta.
- Omläggningen vid behov.
- Dränaget ska hållas öppet under hela tappningen.
- Spola ascitesdränaget endast efter ordination.
- Mät mängd ascitesvätska.

Omläggning

Gällande förband krävs det framför allt fixering av dränaget för att minska risken för överdriven rörelse av slangen. Omläggning/förstärkning sker vid behov.

Dokumentation

- Dokumentera ascitesdrän, datum och lokalisation under Planering -> Access
- Starta Omvårdnadsplan Access i Melior för behandling av ascites med dränage/tappning med mål komplikationsfri och säker dränbehandling.
- Uttömd mängd ascitesvätska dokumenteras under mätvärden ”Dränage” i Melior med kommentar ”ascites”.

Avlägsnande

- Ascitesdränaget dras i allmänhet inom 6 timmar för att minska infektionsrisken.
- Tappa ”torrt” om möjligt.
- Innan dragning är det viktigt att veta vilken typ av dränage som använts och hur det ska avlägsnas samt om t.ex. suturer finns.
- Dragning av ascitesdränage görs av personal med god kunskap och erfarenhet av momentet.

- Om pigtaildrän använts ska låsanordningen lossas (hästskon lossas och tråden lindas upp) så att tråden som hållit ihop kringlan fritt kan rätas ut vid dragning. Tråden kan vid problem/behov också klippas upp när dränaget ska dras ut, för att ”knorren” ska kunna veckla ut sig
- Täck instickställe med förband.
- OBS! Tänk på att skydda dig med visir, handskar och förkläde vid utdragning av dränaget.
- Ta om och dokumentera vikt på patienten efter att dränage avlägsnats.
- Dokumentera att dränage är avlägsnat under Planering och avsluta vårdplan Access.

Uppföljning

De ascitesdränage som rutinen avser avlägsnas på sjukhuset innan patienten går hem.

Ibland kan det sippra ascitesvätska från insticksstället en eller ett par dagar varför man kan behöva byta förband några gånger eller använda uppsamlingspåse. Förband/påse för ett par dagar bör skickas med patienten vid fortsatt läckage eller om det lossnar.

Kontakt med vårdande team

Kirurgmottagningen, NÄL
Tel: 010-4353401
Tid: Mån-fre

Avd 63 KAVA, NÄL
Tel: 010-4350630
Tid: Jourtid och övrig tid

Referenser

https://svenskgastroenterologi.se/wp-content/uploads/2023/04/nationellt-varldprogram-for-levercirros_2022.pdf

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kirurgi

Innehållsansvar: Malin Samuelsson, (malba2),
Specialsjuksköterska

Godkänd av: Andreas Samuelsson, (andsa4), Enhetschef

Dokument-ID: NU10087-1448824057-226

Version: 2.0

Giltig från: 2025-06-04

Giltig till: 2027-06-04