

Gäller för: Kirurgi

Giltig från: 2025-02-24

Innehållsansvar: Malin Samuelsson, (malba2), Specialsjuksköterska

Giltig till: 2027-02-24

Granskad av: Peter Stubberöd, (petst), Överläkare

Godkänd av: Andreas Samuelsson, (andsa4), Enhetschef

Perkutana gallblåsedränage på Kirurgkliniken (kolecystostomidränage)

Bakgrund

Galldränage är en behandlingsform som främst används vid kolecystit som är ett tillstånd av inflammation i gallblåsan. Åkomman utlöses oftast av att en gallsten rört sig ut från gallblåsan ned mot gallgången. Ofta sitter stenen i gallblåsans mynning och blockerar utflödet. Konsekvensen blir en inflammationsprocess då gallblåsan ej kan tömma ut gallan ned mot tarmen. För att lösa problemet görs oftast en operation i form av en kolecystektomi. Vissa högriskpatienter är dock ej lämpliga kandidater för en operation. Galldränage används då för avlastning av gallblåsan. Dränage kan även anläggas på patienter vilka inte har några av ovanstående problem, men har haft inflammation över tre dygn där en operation sannolikt är tekniskt svår och mer riskfylld att genomföra. Galldränagebehandling sker alltid i tandem med antibiotikabehandling.

Perkutana gallblåsedränage läggs genom hudkostymen, in genom levern och in i baksidan av gallblåsan, där det fixeras. Dränageslangen som inlägges i gallblåsan är av den så kallade pigtailvarianten. Detta innebär att det löper trådar i slangen som kan dras ihop. När trådarna dras ihop, dras slangspetsen ihop och ”knorras”. Slangspetsen antar då formen som liknar en grisknorr eller pigtail. Trådarna viras sedan runt fästet av slangen och förankras där. Pigtail-drän medför en förbättrad förankring inom patienten, minskar risken för dislokation och klarar att sitta en längre tidsperiod.

Tabell 1. Olika dränageformer/interventioner i gallgångarna, rutinen avser nr 1.

1. Perkutant gallblåsedränage (kolecystostomidränage) med pigtail	Läggs genom hudkostym, genom lever, in i gallblåsa. Pigtail-kateter används, från utsida till insida.	Genomförs inom NU-sjukvården.
2. PTC (Perkutan Transhepatisk Kolangiografi)	Läggs genom hudkostym, genom lever, in i djupa gallgångarna. Kan ha en yttre dränagepåse eller att dräneringen läggs helt inom gallgångarna. Pigtail kan användas från utsida till insida eller helt på insidan (dubbel pigtail).	Genomförs inom NU-sjukvården.

3. ERCP (Endoskopisk Retrograd Cholangiopancreatografi)	Endoskopisk undersökning där man tar bort sten i gallgången. Även inläggning av stent vid ev hinder av gallgången som vid t. ex. malignitet.	Genomförs inom NU-sjukvården.
4. Endoskopisk transmural dränering	Endoskopiskt ultraljudsledd dränering av gallblåsa, t. ex. skapande av fistel/dränagegång mellan duod och gallblåsa.	Genomförs via SU.
5. Endoskopisk transpapillär dränering	Endoskopiskt ultraljudsledd dränering av gallblåsa, t.ex. dränering av gallblåsa med kateterslang som leder galla från gallblåsan genom hela gemensamma gallgången ned till duodenum.	Genomförs via SU.

Sammanfattning/Syfte

Syftet med denna skrift är att tydliggöra bakgrunden, syftet och hantering/skötsel av perkutana gallblåsedränage på vårdavdelning samt under behandling utanför slutenvård.

Åtgärder

Utredning

Innan ett gallblåsedränage anläggs bör följande tagits ställning till:

- Verifierad kolecystit via datortomografi eller ultraljud.
- Patientens allmänna skick, koagulationsstatus/blödningsrisk och utsättning av AK-behandling i tid.

Förberedelser

- Prover giltiga samma dygn för inläggandet (rutinprover: LPK, CRP, Na, K, Krea, Hb, TPK, PK/APTT).
- Konaktion profylaktiskt vid bilirubinstegring?
- Ev. smärtlindring som premedicinering.
- Förbered remiss för odling. Se tabell 2 gällande prover. Gul mikrobiologiremiss med patientnamn + personnummer + provtagningsetikett. Skriv anamnes och önskad odling (punktat från galla).

Dräninläggning på radiologen

- Läkare skall ha beställt radiologiremiss i Melior för ultraljudslett gallblåsedränage och markerat hur akut den bör läggas.
- Följ riktlinjer för remissutfärdande och bedömning/justering av antikoagulantia i sjukhusövergripande rutin med Dokument-ID: NU10092-2087047004-219
[Koagulationsstatus vid perkutana interventioner](#)
- Skicka med ifylld mikrobiologiremiss till röntgen så skickar de odling till laboratoriet (görs kontorstid). Skickas remiss ej med medföljer spruta upp från röntgen med aspirat – då ansvarar avdelningen för att skicka aspiratet på odling.
- Transporteras i säng

Patientinformation

Informera patienten om varför gallblåsedränage anläggs och behandlingstid (ofta 3-4 veckor). Det är viktigt att man även gör patienten införstådd att gallblåsedränaget kommer följa med denne hem och att det blir relevant med daglig spolning av dränaget även hemma. Fråga patienten tidigt om denne har nära till vårdcentral för daglig spolning eller om hemsjukvård måste startas upp i SAMSA. Informera även om hur det kommer anläggas och dess placering på kroppen. Informera även att ingreppet kommer göras via röntgenavdelningen samt att man kommer använda ultraljud för att kunna lokalisera gallblåsan. Vidare är det god sed att förbereda patienten för att en viss smärta kan uppkomma i samband med inläggandet av dränaget. Radiologen som genomför interventionen och inläggandet av gallblåsedränaget kommer ge lokalbedövning på plats men oftast räcker inte detta. Det kan således vara aktuellt att ge patienten ytterligare förebyggande premedicinering i form av smärtlindring.

Provtagning

I samband med att dränaget anläggs aspirerar i regel radiologen ut vätska från galldränaget för att verifiera läge samt funktion. Aspiratet kan se ut olika beroende på hur grav kolecystit patienten har. Utseende kan variera från ren mörkbrun galla till tydlig inblandning av pus. Ibland förekommer även blodtillblandning.

Tabell 2. Provtagning från gallvätska.

Amylas	Beställs i Melior som ”dränv-amylas”	-
Bilirubin	Beställs i Melior som ”dränv-bilirubin”	-
Odling	Gul mikrobiologiremiss	Skriv anamnes och önskad odling (punktat från galla).

Behandling

Precis som många andra invasiva in- och utfarter kräver gallblåsedränaget regelbunden observation för att garantera funktion.

Efter inläggning

När gallblåsedränaget är inlagt på röntgen medföljer ett omvårdnadsdokument i pappersform patienten som ska läsas av ansvarig sköterska.

Vid ankomst till avdelningen

- NEWS vid ankomst – följ åtgärdstrappan.
- Observation NEWS var 30:e minut i fyra timmar med antingen spot-mätning eller kontinuerlig övervakning.
- När patienten kommer upp från röntgen och precis fått sitt galldränage gäller över lag lugn livsföring. Patienten får gå på toaletten om denne så behöver det.
- Patienten fastar under observationstiden men kan succesivt få börja dricka om välmående. Efter observationstiden får patienten äta om inget annat sagts.
- Övervakningen kan glesas ut eller ökas beroende på hur läget ter sig. Behandla avvikelser symptomatiskt. Läkarkontakt och MIG vid behov.
- Odling från gallblåsedränaget skrivs in i planeringsanteckningen i Melior under rubriken ”Provtagning”.

Skötsel av galldränage

- Följ basala hygienrutiner.
- Om samtida cytostatikabehandling, följ särskilda avfallsrutiner och skyddsanvisningar.
- Gallblåsedränaget skall observeras minst en gång per pass, förslagsvis vid passbytet.
- Kontrollera slangar och uppsamlingspåse – slangarna skall inte vara tvinnade, knickade eller vikta då detta motverkar dränagets funktion.
- Kontrollera att det finns slack av slang mellan hudkostym och fixeringsförband.
- Uppsamlingspåse skall vara markerad som ”Gallblåsedränage” för att motverka eventuell förväxling.
- Insticksstället skall kontrolleras dagligen efter problem som t.ex. infektionstecken, värmeökning, svullnad och ökad smärta.
- Omläggningen bör som minimum göras en gång per vecka och vid behov.
- Spola gallblåsedränaget utefter ordination eller på indikation.

Omläggning

För att garantera långsiktig funktion är omläggningen av galldränaget viktig. Omlägningsfrekvens som rekommenderas är minst en gång per vecka eller vid behov.

Förslag på omläggning:

- Avlägsna det yttre förbandet.
- Rengör vid insticksstället med Klorhexidin.
- Rengör slang med Klorhexidin.
- Fixera förbandet vid insticksstället och skapa ett slack som medger rörelse för dränslangen. Ett förslag på fixerande förband är så kallade ”Skaterfix”- förband vilka håller slang i bra läge och har god adhesionskraft.
- Upp till 2 cm fritt slack är att rekommendera. I samband med andning rör sig diafragman nedåt och detta medför rörelse av både lever och gallblåsa. Om förbandet och slang sitter för hårt fixerat över insticksstället kan slangens fixering på insidan, pig-taildelen, trycks mot gallblåseväggen. Detta kan orsaka smärta, inflammation och dysfunktion av dränaget över tid.
- Fäst slang nedom fixeringsförband med en Flexitrack eller motsvarande. Detta kan bidra till bättre fixering av galldränaget i och med att kläder kan påverka funktion och fixering.
- Uppsamlingspåsen kan med fördel ledas innanför patientens kläder och fixeras på höger ben/underben med benpåseupphållare gjord för uppsamlingspåsar.
- Uppsamlingspåse byts minst en gång per vecka.

Spolning

Spolning av dränage sker i regel frekvent de första dygnet på sjukhus för att garantera funktion. Vid spolning används Natriumklorid 9%, använd lösning avsedd för parenteralt bruk. Följ basala hygienrutiner och rengör trevägskran med Klorhexidin innan spolning. Använd aseptisk teknik vid uppdragning. Använd spruta med luerlockfunktion och alltid ny luerlock-kork efteråt. Läkare ordinerar spolningsmängd samt frekvensen. En grundregel är att desto trögare utflöde desto mer frekvent spolning. Om lättflytande galla kommer ut lätt krävs ca 1-2 spolningar per dygn. Är det svårmobiliserad, pustillblandad gallvätska som kommer ut krävs ofta mer, upp till 4-6 spolningar (ibland mer) initialt. Avseende mängd spolvätska så är 10 ml mest vanligt, ibland upp till 20 ml.

Uppföljning

Avdelningens ansvar när patienten går hem

Vårdande enhet är ansvarig för att skicka med tillräcklig mängd spolnings- och omlägningsmaterial när patienten återvänder till hemmet. Detta sker då öppenvården och hemsjukvården ofta inte har tillgång till mer specialiserad utrustning. Det som krävs är material nog för 4 veckor. Därefter får nytt material införskaffas från kirurgmottagningen, NÄL.

Följande skall packas ned och skickas med patienten hem när denne lämnar vårdavdelningen. Det är bättre att skicka med för mycket än för lite:

- 4 st Skaterfix (eller motsvarande) för fixering av galldränage.
- 4 st uppsamlingspåsar med tömningsventil.
- 4 st benpåsehållare i lämplig storlek för patienten.
- Vanlig ordination för spolning i hemmet är 10 ml dagligen i ca 3-4 veckor.
- Tillräcklig mängd Natriumklorid 9% spolvätska för parenteralt bruk ska medskickas ex. [Natriumklorid Fresenius Kabi](#)
- Utifrån den vanligaste ordinationer bör ca 30 ampuller á 10 ml skickas med.
- Ampullerna beställs i Hamlet och hämtas i VNL.
- Luerlocksprutor för den vanligaste ordinationen ska skickas med (ca 30 st).
- Luerlock-korkar för den vanligaste ordinationen ska skickas med, räkna med minst en kork dagligen (ca 30st).
- Tänk på att anpassa mängd medskickat material om patienten har en ordination för spolning med större mängder eller frekventare spolning än 10 ml/dag.

Skötsel av gallblåsedränage i hemmet

En viktig del behandlingen med gallblåsedränage är att den är kvarliggande i 3-4 veckor. Patienten kommer vara hemma en majoritet av denna tid. Det är därmed viktigt att dränagets funktion kan garanteras under tiden patienten är hemma. Se även folder [Galldrän - Anvisning för skötsel i hemmet.pdf \(vgregion.se\)](#)

Grunderna i skötseln är densamma i hemmet som på sjukhus, men tillsynsfrekvensen av hälso- och sjukvårdspersonal är mindre. Minimumnivå av vård i hemmet när det kommer gallblåsedränage är följande:

- Skötsel av gallblåsedränaget sköts i regel av antingen hemsjukvård eller via primärvården.
- Tillsyn minst en gång per vecka, gärna mer. Leta efter inflammationstecken och fråga patienten om dennes mående.
- Omläggning av gallblåsedränage, enligt rutin nämnd i denna skrift, minst en gång per vecka med samtidigt byte av omläggningsspåse.
- Spolning av dränage dagligen med mängd ordinerad från vårdande enhet.

Vid problem med gallblåsedränage

Ibland slutar dränage att fungera som tänkt. Detta tar sig ofta uttryck i form av minskad mängd vätska över tid. Slutar gallblåsedränage fungera finns också risk att patientens inflammation blossar upp igen med inflammationssymptom och smärta som följd. Det är dock värt att testa funktionen på dränaget innan behandlande vårdenhet behöver kontaktas.

Om ingen gallvätska verkar rinna ut från dränaget kontrollera följande:

- Dubbelkolla alla slangar, leta efter veck, knickningar, tvinnad slang – åtgärda och försök spola. Går vätskan lätt in och du kan få aspirat fungerar dränaget.
- Om det inte finns några synliga veck eller liknande på slang, testa att använda en mindre spruta, förslagsvis en 2, 3 eller 5 ml spruta. Dessa medför högre tryck vid spolning. Ibland fastnar småstenar eller pålagringar i slang vilka kan täppa igen utflödet. Går det lätt att spola med mindre spruta och du kan få aspirat fungerar dränaget.
- Om inget aspirat kan återfås trots lyckad spolning betyder det inte nödvändigtvis att dränaget slutat fungera. Dränagespetsen kan ligga nära gallblåseväggen och kan därmed blockera utflöde vid aspirering (det blir som att dra mot ett vakuum). Viktigt här är att det över tid ska rinna ut vätska och att spolning fortsatt ska gå bra.

Om patienten börjar få ökad smärta från dränageområdet och samtidig feber, kontrollera följande:

- Fungerar utflöde från dränaget som det skall enligt ovanstående lista? Om utflöde fungerar och patienten fortfarande uppvisar en försämring finns inte mycket att göra hemifrån. Därmed bättre att etablera en ny akutkontakt.
- Om dränaget har lossat från patienten eller om det är omöjligt att spola finns heller inte mycket att göra hemifrån. Därmed bättre att etablera en ny akutkontakt.

Avlägsnande

Uppföljning och avlägsnande av gallblåsedränage sker under kontrollerade former via kirurgmottagningen, NÄL. Kallelse kommer att skickas till patienten med tid för besök. Via mottagningen genomförs röntgen av dränaget och om denna ser bra ut kan dränaget dras bort under samma vårdbesök. Efteråt kan patienten uppleva ömhet vid det gamla insticksstället men detta är något som snabbt skall avta.

Kontakt med vårdande team

Måndag-fredag	Kirurgmottagningen NÄL	tel 010-435 34 01
Jourtid/övrig tid	Avd 63 KAVA NÄL	tel 010-435 06 30

Referenser

[Managing the difficult gallbladder - UpToDate](#)

[Treatment of acute calculous cholecystitis - UpToDate](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kirurgi

Innehållsansvar: Malin Samuelsson, (malba2),
Specialsjuksköterska

Granskad av: Peter Stubberöd, (petst), Överläkare

Godkänd av: Andreas Samuelsson, (andsa4), Enhetschef

Dokument-ID: NU10087-1448824057-254

Version: 3.0

Giltig från: 2025-02-24

Giltig till: 2027-02-24