

Gäller för: Operation NÄL

Innehållsansvar: Elin Salonen, (elice2), Specialistläkare

Godkänd av: Lars Brühne, (larbr6), Överläkare

Giltig från: 2026-04-30

Giltig till: 2028-04-24

Kolorektal kirurgi (öppen, elektiv)

Revidering i denna version

Mindre ändring av titeln

Revidering under rubrik: Operationsbord/läge

Bakgrund och syfte

Kirurgisk behandling av cancer eller i vissa fall inflammatorisk tarmsjukdom.

Denna rutin är utformad i enlighet m ERAS-konceptet.

Rutinen syftar till ett säkert omhändertagande för patienter enligt ovan.

Alla elektiva tarmresektioner kommer att registreras i EIAS databas.

Vilka berörs

Anestesi- och operationssjuksköterskor, anestesiläkare och undersköterskor på Operation, NÄL.

Förberedelser

Patienterna kommer att erhålla preoperativ kolhydratdryck senast fram till 2 timmar före operation, se separat rutin

Anestesi

- **Premedicinering**
Alvedon. INGA långverkande morfinpreparat.
- **Anestesikort:** Intubation-Propofol/Remifentanil/Sevofluran + TEDA.
- Noradrenalin 0,01 mg/ml.
- TEDA som läggs på nivå Th 10-11. Standardblandning.
- Anestesidjup kan behöva monitoreras med [BIS](#).
- [Neuromuskulär monitorering](#) enligt rutin.
- [Undvik hypotermi enligt rutin](#) med värmetäcke och varma vätskor.
- Intraoperativ glykemisk kontroll hos diabetiker.
- PONV prevention.

Hemodynamisk kontroll

1. Peroperativ **vätsketerapi** med Ringer-Acetat 2-3 ml/kg/timme, strävar efter vätskebalans nära 0 och viktuppgång max 2,5 kg op dygnet.
2. Peroperativ **volymterapi** skall genomföras som individualiserad målriktad vätsketerapi med bolus doser av Albumin alt. Ringer-Acetat baserad på objektiva mätningar av hypovolemi med noninvasiv Cardiacoutput mätning eller PPV.
3. **Hypotension** när patienten bedöms normovolem behandlas med noradrenalin.
4. **Inotropa droger** vid behov.

Övrigt

Då **opioidbesparande strategi** förbättrar återkomst av tarmfunktion skall INTE profylaktisk Oxynorm ges till patienter med fungerande EDA i samband med väckning, man kan istället ge bolusdos i EDA.

Vid kontraindikation TEDA kan Painbuster läggas av operatörer. Även NSAID kan ges om inte kontraindikation föreligger och det inte är en rectumanastomos.

Patienten ska ha Eusaprim 10 ml och Metronidazol 1,5 g i.v, om inget annat anges i Melior. Starta antibiotikan ca 60 min innan operationsstart.

Glöm inte att signera i Melior.

Utrustning

Standard. Värmemobil. CADD-Solis pump för Standardblandning. Braun volympump för noradrenalin. Braun sprutpump för TCI Remifentanil. TOF. Ev BIS. Tempmätning. V-sond.

Artärnål med **Hemosphere** tryckset.

Noninvasiv Cardiacoutput mätning (Hemosphere, FloTrac).

Blodgruppering/Bastest

Ja/Ja.

Praktiska råd

- På förberedelserummet PVK efter behov, artärnål sätts. Monitorering startas. Koppla Ringer-Acetat och vid behov remifentanil i sederingsdos. EDA läggs. Stödstrumpor. Benvärmare sätts på.
- **Hemosphere** kopplas upp på salen för att få patientens utgångsvärden före sövning.
- **Noradrenalininfusion** startas före sövning och titreras under anestesistart för att motverka kärldilatationen.
- Vid rectumamputation och bukläge skall spiralförstärkt endotrachealtub

- användas. Denna fästs med bomullsband eller specialtejp.
- Skydda ögonen med ögontejp.
 - **Standardblandning i EDA** startas när stabil cirkulation uppnåtts enl anestesiläkarens ordination.
 - Narkosläkaren ordinerar vid vilken **SVI** (slagvolymsindex) åtgärd skall vidtas, t ex. 80% av utgångsvärdet på SVI.
 - **Postoperativa ordinationer:**
 - Målordinera till UVA: VAS, BT, diures (0,5ml/kg/timme, uträknat på 4 timmar) samt vid vilken SVI gräns de skall ta kontakt.
 - Fri dryck inkl. näringsdryck ordineras. Infusion postop. enbart vid behov. Volymsoptimering vid behov.
 - T Emgesan 250 mg 4 x 2 ordineras till alla förutom de som fått ileostomi, första dosen ges operationsdagens kväll.

Operationsbord/Läge

- **Universalbord** med plattor. Ryggläge plant. Armbord. Stjärten skall ligga långt ned på bordskanten m blöja under. Vristerna fästs m specialrem för ev gynläge.
- Om vändning till **bukläge** görs det på befintligt bord. Lägg ena armen utmed sidan av kroppen, i första hand den arm som inte har infarter / infusioner och den andra armen över bröstkorgen. Börja med sidoläge långt ut på kanten och vänd därefter över till bukläge. Ta in extra kuddar för ev. stöd för bröstkorg, axlar och gelkuddar för huvudet. Kontrollera så stomi, genitalia och bröst ligger tryckfritt. Kontrollera tubläge, öron och ögon.
- Ställ in op bordet med hjälp av fjärrkontrollen
- Vid bukläge **SKALL** patientsäng alt. ett operationsbord stå i direkt anslutning till operationssalen om en akut situation skulle uppstå och patienten fort måste vändas tillbaka till ryggläge

Referenser

- Feldheiser A, Baldini G, Ljungqvist O, m fl: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery. Part 1: pathophysiological considerations. Acta Anaesthesiologica Scandinavica Nov 2015 Vol 59 Issue 10 p1212-1231
- Feldheiser A, Baldini G, Ljungqvist O, m fl: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery. Part 2: consensus statement for Anaesthesia practice. Acta Anaesthesiologica Scandinavica Mar 2016 Vol 60 Issue 3 p 289-334

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Operation NÄL

Innehållsansvar: Elin Salonen, (elice2), Specialistläkare

Godkänd av: Lars Brühne, (larbr6), Överläkare

Dokument-ID: NU10093-1252922689-110

Version: 7.0

Giltig från: 2026-04-30

Giltig till: 2028-04-24