OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Uppvakning NÄL, Uppvakning 3 Uddevalla sjukhus
Innehållsansvar: Elin Salonen, (elice2), Specialistläkare
Godkänd av: Lars Brühne, (larbr6), Överläkare
Giltig från: 2026-09-11
Giltig till: 2028-09-11

Kolorektal kirurgi – Postop vård av ERAS patienter

Revidering i denna version

Revidering under rubrik: Syfte; Anestesiform; Övervakning; Smärta; PONV; Nutrition/Vätskebehandling; Bilaga 1. Ny rubrik: Elimination och glukoskontroll.

Bakgrund

ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) är ett vårdprogram med syfte att minska komplikationsfrekvensen genom både pre- per- och postoperativa åtgärder. Det tillämpas på samtliga elektivt opererade tarmresektioner.

Sammanfattning/syfte

Att patienter som genomgår ovanstående kirurgi skall få en god och säker vård postoperativt.

Vilka berörs

Undersköterskor, sjuksköterskor och läkare som postoperativt möter patienter som genomgått kolorektal kirurgi.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Åtgärder

Anestesiform

Intubationsnarkos ibland kombinerat med TEDA. Rektumamputationer och rektumresektioner får morfinspinal. Patienter som ej får ryggbedövning får peroperativt dynastat (se kontraindikationer under rubriken smärta), klonidin och oxynorm innan väckning.

Medicinsk behandling och omvårdnadsåtgärder

Övervakning

Sedvanlig cirkulatorisk- & respiratorisk övervakning av patienten enl. rutin på Postop.
Kontrollera förband, ev. dränage och bukstatus regelbundet.
Blodtryck och diures skall vara målordinerat i Orbit/CHA.

Blodgas vid ankomst till Postop.
Litet IVA-status på morgon op-dag 1 om patienten är kvar på Postop över natten.

Patienter som fått morfinspinal kan, om de uppfyller övriga utskrivningskriterier vg se Utskrivningskriterier från Postop avdelning - vuxna, gå upp till kirurgisk vårdavdelning med ifyllt smärtprotokoll för intratekala opioider.

Andning

Det eftersträvas en för patienten normal saturation, syrgas vb.
Profylaktisk andningsgymnastik, djupandning och träning med utandningsmotstånd t.ex. PEEP ventil ca 1 gång per timme.

Smärtbehandling

Laparaskopiska ingrepp kräver oftast ingen TEDA men det anläggs vid hög konverteringsrisk eller sigmoideumresektion pga divertikulit. Multimodal smärtlindringsregim och standard är paracetamol, klonidin, dynastat och oxynorm. Dock ska dynastat ej ges till patienter som fått en rektalanastomos då det anses kunna öka risken för anastomosläckage. Övriga patienter får dynastat om inga kontraindikationer föreligger, ex IBD. Opioidbesparande strategi eftersträvas då tarmmotoriken påverkas negativt av opioider.

VAS/NRS registreras.

Om patienten har TEDA startas infusion med standardblandning peroperativt. Postoperativt skall infusionshastighet anpassas till patientens behov. Lägsta effektiva dos eftersträvas, dock skall patienten kunna mobiliseras och redan operationsdagen stå vid sängkant. Utvärdera effekten av TEDA behandlingen tidigt.
Vid otillräcklig analgesi skall ansvarig anestesiolog kontaktas för utvärdering om EDA katetern behöver läggas om.

Patienter som genomgår rektumamputation och rektumresektion får morfinspinal före sövning.
Om spinalt morfin är givet skall kontroller ske enl. separat rutin, Intrathecala(spinala)opioider och dokumenteras.
Övervakningsprotokoll ”postoperativ smärtbehandling med intrathecalt morfin eller fentanyl” behöver ej fyllas i om patienten är kvar på Postop mer än 12 timmar från att intrathekalt Morfin administrerats.

PONV

Frikostighet med behandling av illamående.
Registrera grad av illamående på Checklista för OP/UVA ERAS innan utskrivning till avd.

Elimination

Alla patienter har KAD under operation. Ingrepp och operatör avgör om den tas bort innan avfärd till Postop.
Om patienten ej har KAD - Övervakning av blåsfunktion postoperativt utifrån gällande blåskontrollsrutin för Anopiva.
Alla patienter som har EDA ska ha kvar sin KAD enl. gällande rutin för EDA-behandling.

Nutrition/Vätskebehandling

Dricka fritt redan på Postop inkl näringsdryck. Får äta fritt efter 4 timmar, om operatör inte ordinerat annat.

Restriktivitet gällande i.v. vätska, men de patienter som efter utvärdering bedöms som hypovolema skall förstås få volym. Ge bolusdoser- omvärdera.
Om ej bedömd hypovolem och kvarstående behov av noradrenalininfusion - Kvarstanna på Postop. med fortsatt infusion. Stressa inte ut Noradrenalin-infusionen.

Viktigt att registrera sammantagen volym given på Postop- intravenöst respektive peroralt. Dokumentera på Checklista för OP/UVA ERAS innan utskrivning till avd.
Avveckla droppet när patient går till avdelning, oavsett hur mycket som är kvar. Kryssa i detta på Checklista för OP/UVA ERAS innan utskrivning till avd.

Glukoskontroll

Viktigt med glukoskontroll och B-glukos ska ligga mellan 5-10 mmol/l. Snabbverkande insulin ges vid behov. Om patient utan diabetesdiagnos erhållit insulin under operationen eller på Postop ska detta rapporteras till avdelningen för fortsatt glukosmonitorering.

Övrigt

Alla ovanstående patienter, utom de som fått loopileostomi, skall stå på T Emgesan 250 mg 4 x 2, med första dos operationsdagens kväll.

Bilaga 1 Ingreppsförteckning

	Laparaskopisk eller öppen teknik
Högersidig hemikolektomi	Tarm tas bort från övergången mellan tunn-tjocktarm till hela eller halva kolon transversum.
Vänstersidig hemikolektomi	Tarm tas bort från kolon transversum, hela kolon descendens och halva sigmoideum. Ofta görs end- to end anastomos. Ingreppet är operationstekniskt svårare än högersidig hemikolektomi, ca 1 timme längre operationstid.
Sigmoideumresektion kan vara enligt Hartmann	Sigmoideumresektion utförs, rektum sys ihop och kolon descendens läggs fram som en enkelpipig stomi, vil-ken ofta kan läggas ned i ett senare skede. Hartmans´ op innebär att man resecerar förändringen, delar sigmoideum, sparar den distala delen och sluter rektum blint. Sedan anläggs en sigmoideostomi som ofta läggs ned i ett senare skede.
Totala kolektomier	Hela kolon avlägsnas. Ileostomi alternativt ileorektal anastomos anläggs.
Rektumresektion	*Hög främre resektion* (13 – 20 cm), *låg främre resektion* (5 – 12 cm). Seans 1: Fripreparering av tumören och rektum. Risk för blödning. Patienten ligger i planläge. Seans 2: Görs i gynläge. Rektum staplas av och anastomos sys med suturmaskin. Ofta end- to end anastomos. Ev. överliggare.

Rektumamputation	Seans 1: Fripreparering av tumör och rektum. Risk för blödning. Seans 2: Rektum extirperas, perineum försluts och sigmoideostomi anläggs. Överliggare på UVA.
Rektopexi	Operativ uppfästning av ändtarmen mot insidan av os sacrum. Görs ofta laparoskopiskt. Patienten ligger extremt tippad med huvudet nedåt.
Stomiuppläggning	Definitiv eller tillfällig för att avlasta anastomos. Loopileostomi anläggs ofta i samband med rektumresektioner för att avlasta anastomosen. Anläggs också vid postoperativa komplikationer med anastomos-läckage.
Stominedläggning	Patienten rektoskoperas först för inspektion av anastomosen. Mindre än 10% behöver laparatomeras. Det finns ofta inget behov av EDA. OBS! Stominedläggning efter op enligt Hartman, kan vara ett omfattande och komplicerat ingrepp!
Kolonstentning	Vid passagehinder i palliativt syfte.
Bäckenreservoar	Vid ulcerös kolit. Patienten är oftast kolektomerad tidigare. Operationen görs i två seanser. Först löses tunntarm, rektum tas bort och reservoaren sys, vilket görs i planläge. Patienten överflyttas sedan till gynläge och nästa seans innebär att reservoaren kopplas till anus och en loopileostomi anläggs.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Uppvakning NÄL, Uppvakning 3 Uddevalla sjukhus

Innehållsansvar: Elin Salonen, (elice2), Specialistläkare

Godkänd av: Lars Brühne, (larbr6), Överläkare

Dokument-ID: NU10093-1252922689-235

Version: 8.0

Giltig från: 2026-09-11

Giltig till: 2028-09-11