

Gäller för: Uppvakning NÄL, Uppvakning 3 Uddevalla sjukhus

Innehållsansvar: Elin Salonen, (elice2), Specialistläkare

Godkänd av: Lars Brühne, (larbr6), Överläkare

Giltig från: 2026-03-20

Giltig till: 2028-03-19

Colorektal kirurgi – Postop vård av ERAS patienter

Revidering i denna version

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

Bakgrund

Samtliga elektivt opererade tarmresektioner ingår i ERAS som är ett vårdprogram med syfte att minska komplikationsfrekvensen och som innefattar både pre- per och postoperativa åtgärder.

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 colorektal kirurgi.

Åtgärder

Anestesiform

Intubationsnarkos ibland kombinerat med TEDA. Rektumamputationer 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 UVA.

Kontrollera förband, ev. dränage och bukstatus regelbundet.

Blodtryck och diures skall vara målorderat i Orbit/CHA.

Blodgas vid ankomst till UVA.

Litet IVA-status på morgon op-dag 1 om patienten är kvar på UVA över natten.

Patienter som genomgår rektumamputation kvarstannar på UVA första postoperativa natten. De rondas av colorektalkirurg på UVA innan utskrivning till vårdavdelning postop dag 1.

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

Laparoskopiska ingrepp kräver oftast ingen TEDA men det anläggs vid hög konverteringsrisk eller sigmoideumresektion pga divertikulit. Multimodal smärtlindringsregim och standard är alvedon, klonidin, dynastat och oxynorm. Dock ska dynastat ej ges till 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 anesthesiolog kontaktas för utvärdering om EDA katetern behöver läggas om.

Patienter som genomgår rektumamputation får morfinspinal före sövning. De sätts dessutom in på kapsel Gabapentin 300 mg som ges i premedicinering och ytterligare en dos operationsdagens kväll. Därefter 300 mg 1 x 3.

Om spinalt morfin är givet skall kontroller ske enl. separat rutin,

[Intrathecal\(spinala\)opioider](#) och dokumenteras.

Övervakningsprotokoll ”postoperativ smärtbehandling med intrathecalt morfin eller fentanyl” behöver ej fyllas i om patienten är kvar på UVA 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 UVA.

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 UVA 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 UVA med fortsatt infusion. Stressa inte ut Noradrenalin-infusion.

Viktigt att registrera sammantagen volym given på UVA- 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 UVA 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

Laparoskopisk eller öppen teknik

Högersidig hemikolektomi	Tarm tas bort från övergången mellan tunn- tjocktarm till hela eller halva colon transversum.
Vänstersidig hemikolektomi	Tarm tas bort från colon transversum, hela colon 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 colon descendens läggs fram som en enkelpipig stomi, vil-ken ofta kan läggas ned i ett senare skede. Hartmans´ op innebär att man resekerar 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	<i>Hög främre resektion (13 – 20 cm), låg främre resektion (5 – 12 cm).</i> Seans 1: Fripreparering av tumören och rektum. Risk för blödning. Patienten ligger i planläge. Seans 2: Görs i

	<p>gynläge. Rektum staplas av och anastomos sys med suturmaskin. Ofta end- to end anastomos. Ev. överliggare.</p>
Rektumamputation	<p>Seans 1: Fripreparering av tumör och rektum. Risk för blödning. Seans 2: Rektum extirperas, perineum försluts och sigmoideostomi anläggs. Överliggare på UVA.</p>
Rektopexi	<p>Operativ uppfästning av ändtarmen mot insidan av os sacrum. Görs ofta laparoskopiskt. Patienten ligger extremt tippad med huvudet nedåt.</p>
Stomiuppläggning	<p>Definitiv eller tillfällig för att avlasta anastomos. Loopileostomi anläggs ofta i samband med rektumresektioner för att avlasta anastomos. Anläggs också vid postoperativa komplikationer med anastomos-läckage.</p>
Stominedläggning	<p>Patienten rektoskoperas först för inspektion av anastomos. 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!</p>
Kolonstentning	<p>Vid passagehinder i palliativt syfte.</p>
Bäckenreservoar	<p>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.</p>

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: 7.0

Giltig från: 2026-03-20

Giltig till: 2028-03-19