

Gäller för: Kirurg- och öronklinik

Innehållsansvar: Mimi Tsakiris, (mimts1), Överläkare

Granskad av: Mimi Tsakiris, (mimts1), Överläkare

Godkänd av: Eija Hägg, (eijha2), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-03-24

Giltig till: 2028-03-24

Ileus

Sammanfattning

Rutinen beskriver symtom, utredning, behandling samt rutin vid hemgång gällande patienter som drabbats av ileus.

Förutsättningar

Ileus (tarmvred), kan indelas i mekanisk eller paralytisk ileus. Mekanisk ileus innebär stopp för passage i tunn- eller tjocktarm. Paralytisk ileus innebär avstannad peristaltik utan tecken på hinder.

Orsaker

Hinder i tunntarm kan vara orsakat av adherenser (sammanväxningar sekundärt till operation), bråck, obstruktion orsakad av gallsten, tumör, inflammatorisk tarmsjukdom, vaskulära orsaker (stopp i bukkärl), eller främmande kropp.

I tjocktarmen kan obstruktionen bland annat bero på malignitet, stenosis, divertikulit, fekalom eller volvolus.

Symtom

- Buksmärtor (koliksmärtor av intervallkaraktär).
- Täta intervallsmärtor tyder på ”höga hinder” och ger mycket kräkningar.
- Illamående och kräkningar (kan ibland likna avföring).
- Upphävd gas- och faecesavgång.
- Svullen, uppdriven buk.

Genomförande

Utredning

Observera kräkning/maginneåll vad gäller mängd, färg, lukt.

CT-buk (här påvisas ileus), gärna med kontrast om kreatinin tillåter.

Passageröntgen, denna undersökning görs för att diagnostisera tarmhinder eller se passage till colon. Vid passage ges kontrast per os eller via sond. Röntgen ska meddelas när kontrast är given och patient ska därefter ligga på höger sida. Första röntgenbilden tas efter 2 timmar, därefter meddelar röntgenavdelningen om/när nya bilder ska tas.

Behandling

Patienten ska ha v-sond, detta är obligat vid ileus.

Om ett ileus inte löser sig spontant krävs operativa ingrepp.

Vid sigmoideumvolvulus kan rektalsond läggas in, detta sker på röntgenavdelningen. Rektalsonden ska vara fixerad med tejp och sonden kopplas till en påse. Viktigt att observera att det tömmer sig i påsen. Ibland kan det bli stopp i rektalsonden och kan då behöva spolås, efter ordination.

Tumörer som orsak till stopp i kolon kan stentas endoskopiskt.

Vätskebehandling

Inledningsvis krävs större mängder intravenös vätska (efter ordination) för att förhindra dehydrering och elektrolytrubbningar och för att täcka förluster vid kräkningar. Diuresen är ett viktigt styrinstrument för vätskebehandlingen.

Cirkulation

Fri venväg, helst grön pvk, gärna flera infarter.

Följ puls, blodtryck och temp.

Viktigt att observera patient med feber, förhöjda leukocyter och allmänpåverkan. Vid dessa symtom ska ansvarig läkare kontaktas.

Nutrition

Fasta och intravenös vätska. Enligt rutin sätts en V-sond. Observation av maginnehåll, mängd, färg och lukt. Vid stora förluster i V-sond eller kräkning bör dessa ersättas med parenteral vätska enl ordination, i första hand ges NaCl.

Om passageröntgen med kontrast ska genomföras måste sondens läge kontrolleras (ventrikelinnehåll i sond, om inget backflöde i slangen spruta in 10 ml luft och lyssna efter kurr ljud). Först därefter kan kontrast ges via sond.

Illamåendet är i regel svårt att behandla med antiemetika. Primperan är kontraindicerat, eftersom det stimulerar en redan överaktiv tarm.

Elimination

Alltid urinmätning (koncentrerad urin är ett tecken på dehydrering och ska behandlas med mer vätska iv. Diuretika är kontraindicerat då det förvärrar dehydreringen).

Patient ska kissa minst 700 ml på 24 timmar.

KAD efter ordination (fr.a. äldre män).

Fråga efter gasavgång/avföring.

Smärta

Var uppmärksam på förändringar i patientens smärtupplevelser.

Övergång från intervallsmärta till konstant smärta kan tyda på strangulation. Även smärta som är svår att lindra trots mycket smärtstillande läkemedel är ett observandum. Smärtlindring enligt ordination.

Inför hemgång

Ileus har löst sig när kontrast har passerat ner i colon eller när patient haft gasavgång och avföring. I början har patienten oftast diarré när magen kommit igång. Detta ska klinga av spontant och ej behandlas med stoppande läkemedel (t.ex. looperamid).

Upptäppning av födointag. Börja alltid med flytande kost. När magen kommit igång, övergång till skonkost. Hårt bröd, kex, hela gryn och frön fungerar bra. Fortsätt gradvis med övergång till vanlig mat när magen är igång. Viktigt att informera patient att dela, tugga maten väl och undvika trådig och svårsmält mat (sparris, apelsin, ananas, räkor, svamp, gröna ärtor, majs och liknande).

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kirurg- och öronklinik

Innehållsansvar: Mimi Tsakiris, (mimts1), Överläkare

Granskad av: Mimi Tsakiris, (mimts1), Överläkare

Godkänd av: Eija Hägg, (eijha2), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9004-593667208-155

Version: 5.0

Giltig från: 2026-03-24

Giltig till: 2028-03-24